

Fra student til yrkesutøver

Turnuslegers erfaringer fra sykehuspraksis

Avhandling for Ph.D. graden

Benedicte Maria Tveter Kivle

Institutt for Helseledelse og helseøkonomi,

Det Medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

© **Benedicte Maria Tveter Kivle, 2009**

*Doktoravhandlingar forsvart ved
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
Nr. 868*

ISBN 978-82-8072-299-7

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen.
Trykk og innbinding: AiT e-dit AS, Oslo, 2009.

Produsert i samarbeid med Unipub AS, Oslo.
Avhandlingen blir kun produsert av Unipub AS i forbindelse med disputas.
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

*Unipub AS er et heleid datterselskap av
Akademika AS, som eies av Studentsamskipnaden i Oslo.*

Takk

Nå som jeg står ved slutten av arbeidet med forskningsprosjektet og forskerutdannelsen, ser jeg tilbake på noen år med en del ensomt arbeid, men mest på mye samarbeid. Det er mange å takke.

Først vil jeg takke hovedveileder, professor Ole Berg ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Skarpe faglige kommentarer kombinert med en omsorg for meg som stipendiat og som menneske, har gjort denne prosessen svært utviklende. Jeg har nytt godt av hans imponerende innsikt i helsetjenestenes historie i Norge, hans personalledelse i praksis og av vårt felles engasjement for språkets betydning i forskningsprosessen. Andre kolleger ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi har også vært sentrale i faglige og sosiale samtaler. Takk til Dorthe Fuglenes, Trond Tjerbo, Ånen Ringard og Anders Westlie for SVIK. Takk til Lars Erik Kjekshus, Eline Aas, Trond Anders Moger, Geir Godager, Eli Feiring, Halvor Nordby og Grete Botten for kortere og lengre kommentarer. Takk også til Gunnhild Tøndel for sosiologiske perspektiv. Den administrative staben har vært svært behjelpelig med praktiske spørsmål og vært en viktig del av det sosiale miljøet ved instituttet. Takk til Margery Sitkin, Frode Fagerbakk, Ingrid Kjelsvik og Birthe Neset.

Jeg vil også takke mine to biveiledere, professor Terje P. Hagen og klinikkssjef Øystein Dolva. De har vist meg tillit og gitt meg muligheten til å gjennomføre dette prosjektet. Øystein har vært en god støtte, spesielt i den første tiden av prosjektet.

Takknemlighet går også til alle venner som har gitt meg inspirasjon, motivasjon og støtte gjennom disse årene. Spesielt må jeg nevne Tone Kaufmann som har tatt initiativ til den tverrfaglige kvinneforskergruppa. Her har vi blant annet kunnet diskutere felles metodiske utfordringer.

Det er gjennom familien jeg har opparbeidet sansen for akademisk diskusjon, og utviklet interessen for sosiologisk analyse. Mamma og pappa har hele mitt liv vært trygge støttespillere, og jeg har alltid mottatt omsorg fra mine fire søsken. Det er umulig å vurdere hva dette har hatt å si for min utvikling personlig og faglig.

Samme støtte og omsorg har jeg møtt hos svigerfamilien. Mine svigerforeldre har vært til stor hjelp som alltid villige barnevakter og som noe undrende tilskuere til min akademiske virksomhet. Også svigerinner, svogere og sviger-besteforeldre har vært viktige gjennom sin støtte og sitt engasjement.

Til slutt vil jeg takke mine nærmeste; Per Kristian, Helene, Sindre og Joakim. De utgjør grunnsteinen i min tilværelse og setter det hele i perspektiv.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Artiklene	5
1 Introduksjon	7
1.1 Studiens formål	7
1.2 Valg av perspektiv	7
1.3 Forsknings spørsmål	9
2 Bakgrunn: Turnustjenesten i Norge	11
2.1 Formål, struktur og ansvarsfordeling	11
2.2 Turnustjenesten som del av et livslangt læringsløp	13
2.3 Turnustjenesten i Skandinavia, Storbritannia og USA	14
2.4 Turnustjenesten fra 1954 til 2000	17
2.5 Turnustjenesten i nyere tid; endrede rammebetingelser	17
3 Teoretiske perspektiv: Læring gjennom praksis i et medisinsk fagfellesskap	22
3.1 Introduksjon	22
3.2 Praktisering; innøvelse av og forhandling om en ny rolle	23
3.3 Deltagelse; turnuslegen og det profesjonelle fellesskapet	28
3.4 Læring; kollektiv meningsdannelse eller individuell holdningsendring?	30
3.5 Anvendelsen av disse perspektivene i min studie	34
4. Studien	36
4.1 Introduksjon	36
4.1.1 Studiens oppbygging	36
4.1.2 Forskerrollen og egen forforståelse	36
4.2 Casestudien, lokalsykehus i Helse Øst	38
4.2.1 Caset	38
4.2.2 Analyse	41
4.2.3 Casestudiens validitet	45
4.3 Spørreskjemaundersøkelsen	47
4.3.1 Materialet og utvalg	47
4.3.2 Datainnsamling	47
4.3.3 Statistisk analyse	48
4.3.4 Spørreundersøkelsens validitet	50
4.4 Forskningsdesign og vitenskapsteoriske vurderinger	53
4.5 Forskningsetikk	57
5. Resultater (sammendrag av artiklene)	60
5.1 Artikkel 1 "Å lære og å praktisere i sykehus – Turnuslegen som student og lege"	60
5.2 Artikkel 2 "Veiledning av turnusleger i sykehuspraksis. Hva slags kompetanse skal veiledningen føre til?	60
5.3 Artikkel 3 "Formal and informal Learning in Medicine. A plea for a fair balance"	61
6. Hovedfunn; en god overgang til yrkespraksis for medisinerere	63
6.1 Veksling mellom arenaer – en forutsetning for læring og kvalitetssikring i helsevesenet	63
6.2 Behovet for forutsigbarhet i helsetjenesten og turnuslegenes individuelt tilpassede opplæring	64
6.3 Implikasjoner for fremtidig organisering av turnustjenesten	67
7. Avsluttende kommentarer	68
Litteraturliste	69

Sammendrag

Denne avhandlingen handler om turnuslegers læring gjennom yrkespraktisering. Den handler om turnusleger i sykehuspraksis og om overgangen fra studier til yrkesutøvelse. I artiklene og sammenfatningen gir jeg beskrivelser av turnuslegenes hverdag og arbeidssituasjon. Gjennom turnuslegenes erfaringer griper jeg fatt i noen mekanismer som også kan være til stede i overgangen fra studie til yrkespraksis mer generelt.

Studien bygger på data fra en casestudie ved ett lokalsykehus med turnusleger våren 2005, og fra en spørreundersøkelse blant ett nasjonalt kull med turnusleger våren 2006. Casestudien omfatter deltagende observasjon blant turnuslegene de fem første uker i praksis, og seks semistrukturerte intervjuer med turnusleger ved starten, i midten og ved slutten av sykehuspraksis. Spørreundersøkelsen inneholder til sammen 46 spørsmål, der jeg har kartlagt hva slags sosialpedagogiske forhold turnuslegene har hatt ved det enkelte sykehus, og hvordan disse kan påvirke det faglige utbytte av året i sykehuspraksis. Jeg har benyttet meg av enkelte spørsmål om hva slags veiledning turnuslegen har fått, hvor mange timer introduserende kursing de har deltatt på, og i hvor stor grad de har vært involvert som selvstendige behandlere i arbeidet ved sykehuset. Jeg har også tatt for meg hvordan disse forholdene påvirker utfallsvariabelen ”tilfredshet med faglig utbytte av sykehuspraksis”.

Den første artikkelen inneholder presentasjon og analyse av casestudien, mens den andre artikkelen tar utgangspunkt i data fra spørreundersøkelsen. Den tredje artikkelen er basert på foreliggende dokumentasjon og tar ikke direkte utgangspunkt i egne data, selv om drøftingen i artikkelen indirekte bærer preg av den innsikt jeg har opparbeidet gjennom arbeidet med datainnsamlingen.

I bearbeidelsen av data fra casestudien har jeg lagt størst vekt på betydningen av sykehusorganisasjonens ulike arenaer for samhandling i turnuslegenes læring gjennom praksis. Det er tidligere vist at kvalitetssikringssystemene ved sykehusene, der overordnede og yngre leger sikrer forsvarligheten i beslutninger i fellesskap, også gir gode muligheter for stadig ny læring. Jeg viser hvordan skillet mellom *kulissene* (bakrom, møterom og legekontorer) og *scenene* (behandlingsrom og sengerom der pasienter er til stede) i sykehusorganisasjonen gir turnuslegene muligheter til å prøve seg både som ansvarlige praktiserende leger overfor pasienten og som studerende legitimt uerfarne leger blant kolleger og sykepleiere i forberedelse av, bearbeidelse under og evaluering etter en pasientkonsultasjon.

Dataene fra spørreundersøkelsen viser at de sosialpedagogiske virkemidler som benyttes i forbindelse med den konkrete kliniske praksis gir mest uttelling. Veiledning og kursing som ikke er direkte knyttet til den kliniske hverdagen, har liten eller ingen betydning for turnuslegenes generelle tilfredshet med det faglige utbyttet. I hvor stor grad turnuslegen har fått opptre som selvstendig behandler, og hvorvidt veileder har vært involvert i den kliniske hverdagen har imidlertid stor betydning for tilfredsheten med faglig utbytte. Dette tar jeg i artikkel to som tegn på at det er viktig at turnuslegen får reelle utfordringer som behandler, samtidig som at overordnede er til stede og kan gi trygghet og veiledning i forbindelse med konkrete situasjoner i den praktiske læringssituasjonen for turnusleger. Sammenhengene tolkes også dit hen at det i en overgang fra teoretisk til praktisk viten, fra refleksjon over praksis til refleksjon i praksis, er av betydning at den faglige opplæring skjer i eller i tilknytning til arenaer der refleksjon i praksis finner sted.

I den tredje artikkelen tar jeg for meg hvordan læringen i praksis påvirkes av den institusjonelle og kulturelle konteksten den utfolder seg innenfor. Med en idealtypisk dikotom fremstilling av medisin som vitenskap og kunst, beskrives en dragkamp mellom vitenskapsbasert formalitet og kunstnerisk uformalitet i læring, så vel som praksis og ledelse i klinikken. Formaliseringen av læring føyer seg inn som del av den generelle formaliseringen av medisinen; både faget i seg selv, og ledelsen og utøvelsen av det. Situasjonen illustreres med veiledning: slik den er blitt identifisert, oppfordret til og implementert i norsk sykehusturnus. Formelle isenesatte opplæringsgrep; innsatsorienterte, aktivitetsorienterte og utfallsorienterte, viser seg å ha potensielt stor påvirkningskraft utover det de setter søkelys på. De vil etter hvert kunne virke begrensende og utflatende på læringsforholdene, og dermed også på utviklingen av den fremtidige legerollen. Mens de formelle strukturer opprettholdes mer eller mindre av seg selv, må eksistensgrunnlaget for de uformelle arenaer der medisinen kunst også får utfolde seg, forsvares og legitimeres gang på gang. I artikkelen argumenterer jeg for at et større handlingsrom til den personlige kunstneriske utførelsen og de uformelle læringsmekanismene vil være avgjørende for en sunn ballanse mellom den formelle og den uformelle læringen, som igjen vil styrke både den teknisk-faglige og den personlige kompetansen.

Jeg viser gjennom artiklene og sammendraget hvordan turnusleger praktiserer, deltar i og lærer i et fellesskap av kolleger. Slik gir jeg et grunnlag for å bedre forstå hvordan en overgang fra studie til yrkesliv kan arte seg for en arbeidsgruppe. Jeg gir også en ”innvendig” forståelse av hvordan turnustjenesten fungerer, midt i en tid med store endringer i

rammevilkår og store omveltninger. Denne innsikt kan være verdifull for videre vurderinger av hva som kan endres og hva som bør beholdes i en fremtidig turnustjeneste for leger.

Artiklene

Artikkel 1

Kivle, Benedicte Maria Tveter

Å lære og å praktisere i sykehus - turnuslegen som student og lege

Sosiologisk tidsskrift. Vol. 16. pp 107-126, 2008

Artikkel 2

Kivle, Benedicte Maria Tveter

Veiledning av turnusleger i sykehuspraksis. Hva slags kompetanse skal veiledningen føre til?

Innsendt til Nordisk Pedagogikk, juli 2008, fått tilbake med kommentarer november 2008

Artikkel 3

Kivle, Benedicte Maria Tveter

Formal and informal learning in medicine – A plea for a fair balance -

Sendes til Medical Teacher sommeren 2009

1 Introduksjon

1.1 Studiens formål

I denne studien har jeg hatt som formål å få og gi innsikt i hvordan turnusleger lærer og utvikler praktisk kompetanse i overgangen fra å ha vært student til å bli yrkesutøver. Året i sykehuspraksis, den første delen av turnustjenesten, er for mange medisinerstudenter det første møte med rollen som selvstendig praktiserende lege. Etter mange år med teoretisk utdanning, iscenesatte øvelsessituasjoner og enkelte praksisperioder som studenter, skal de i sykehuspraksis anvende kunnskapen på virkelige pasienter – som *leger*. Sykehuspraksis representerer slik et første møte med anvendt teori og praksis, og en overgang fra kunnskap som noe de har, til profesjonell ferdighet, som noe de *er*.

I en tid med store endringer i rammevilkårene for utdanning av leger, er det viktigere enn noen gang å klargjøre hvilken funksjon denne overgangsperioden fyller i de nyutdannede legenes utvikling. Kunnskap om hvordan turnustjenesten fungerer gir også en mer allmenn innsikt i hvordan man lærer gjennom praksis. Den sier oss noe om hvordan overgangen fra student til yrkesutøver, fra teori til praksis erfares. Studien bidrar slik både med større forståelse for noen generelle sosialpsykologiske læringsmekanismer, slik de fremstår i legenes praksis i sykehus, og med ny kunnskap om hvordan den nåværende turnustjenesten for leger fungerer. Den empiriske så vel som teoretiske innsikten studien gir, kan bidra i den pågående debatten om hvordan en fremtidig medisinsk turnustjeneste skal se ut.

1.2 Valg av perspektiv

Jeg har observert og intervjuet turnusleger, og kartlagt turnuslegers erfaringer og vurderinger i et spørreskjema etter sykehuspraksis. Dette har gitt meg et både dyptgående og vidtrekkende inntrykk av hvordan turnuslegene opplever det å skulle tre inn i det ansvarsfulle legeyrket. Jeg forholder meg først og fremst til situasjonsnære beskrivelser av turnuslegenes læringssituasjon ("Turnuslegen som student og lege", artikkel 1) og til hvordan veiledningsordningen påvirker turnuslegenes oppfatning av sykehuspraksis ("Veiledning av turnusleger i sykehuspraksis", artikkel 2). I den tredje artikkelen løfter jeg likevel blikket fra turnuslegenes umiddelbare perspektiv og drøfter hvordan dominerende krefter blant helseledere så vel som blant medisinske praktiserende påvirker den lokalt forankrede læringskulturen ("Formal and Informal Learning in Medicine. A Plea for a fair Balance.", artikkel 3).

Avhengig av hvilket perspektiv man inntar, kan turnustjenesten for leger i sykehus betraktes, beskrives og vurderes på ulike måter. Fra et samfunnsøkonomisk og ledelsesmessig perspektiv kan turnustjenesten vurderes ut fra hvilke kostnader og hvilken nytte den har for helsevesenet og for pasientene og samfunnet som helhet (Kittelsen, Piro, & Magnussen, 2002). Fra ”brukernes”, det vil si turnuslegenes, veiledernes og den faglige ledelsens, ståsted er det interessant med en jevnlig vurdering av de faglige målene, og en kartlegging av i hvilken grad de blir realisert (Tunold, 2007; Turnusrådet, 2006; Turnusrådet, 2007). Fra et tredje, mer teoribyggende perspektiv kan man studere turnustjenesten med sikte på å bidra til forståelsen av hvordan teoretisk forståelse blir til praktisk læring (Akre, 2003; Atkinson, 1995). Dette tredje perspektivet ligger nærmest tilnærmingen for denne studien.

Hva kunnskapsproduksjon og læring i medisin er, har tidligere ofte noe ukritisk blitt oppfattet som objektive og sosialt isolerte prosesser (Atkinson, 1995). Kunnskapsbegrepet så vel som forståelsen av læring og sosialisering har imidlertid utviklet seg og man har fått en voksende bevissthet om hvordan sosiale og psykologiske prosesser i det faglige fellesskapet påvirker den lærende (Akre, 2003). Noen arbeider, inkludert Victoria Akres arbeid om læring i norsk medisinsk praksis, har bidratt til en økt forståelse av den sosiokulturelle konteksten som omgir leger under opplæring (Akre, 2003; Eika & Wichman-Hansen, 2004). Det er stadig behov for en videreføring og utvikling av en slik forståelse av læring i sykehusorganisasjonene.

Dataene jeg har samlet inn gir kunnskap utelukkende om året ”mine” turnusleger var i sykehuspraksis. I tillegg til det ene året i sykehuspraksis innebærer også turnustjenesten et halvt år med praktisering i kommunehelsetjenesten. Med en spesiell interesse for hvordan læring skjer i et større kollegafellesskap var det naturlig å velge sykehus fremfor kommunepraksis i min studie. I sykehus vil det som regel være et større arbeidsmiljø, med både leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Sykehuspraksisen er også den første delen av turnuspraksisen og den arena der turnuslegene først blir kastet ut i en virkelighetsnær yrkessituasjon. Det er sannsynligvis i begynnelsen, når alt er nytt, at turnuslegene er mest åpne for de inntrykk som turnustjenesten gir. Senere i praksisen vil de kunne få et mer rutinepreget og dermed mer ubevisst forhold til omgivelsene. Jeg har derfor hatt størst interesse for denne perioden, selv om jeg også forholder meg til resten av turnustjenesten i de mer overordnede betraktningene.

Gjennom observasjon av turnuslegene under deres sykehuspraksis og gjennom svar på skjemaspørsmål fra turnusleger som er ute i sykehuspraksis, får vi imidlertid ikke fatt i hvilke prosesser som er spesielle for læringen i kommunepraksisen. Når denne delen av praksisen

ikke er studert går jeg glipp av hvordan turnuslegene erfarer det å utrede ”friskere” pasienter, det å fungere mer selvstendig og mer allmennmedisinsk, det å praktisere i et mindre lokalsamfunn, det å kjøre legevakt og hvordan det sosialt og faglig er å være en del av et lite fellesskap¹ (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Turnustjenesten består av begge praksisformer, og målene som er satt for turnusordningen forutsetter øvelse og praktisering både i spesialisthelsetjenesten og i allmennhelsetjenesten. Min studie gir slik begrensede muligheter for å vurdere turnustjenesten i sin helhet. Studien kan likevel bidra til å gi innsikt i *noen* av de prosessene som finner sted gjennom hele overgangsperioden fra skolelæring til praksislæring. De mekanismene som former læringen i sykehus er trolig også av relevans for kommunepraksisen og for praksislæring generelt.

1.3 Forskningsspørsmål

Studien gir grunnlag for å svare på noen sentrale spørsmål om turnuslegers læring i praksis. Tre spørsmål blir behandlet i hver sine artikler, og utgjør til sammen kjernen i forskningsprosjektet.

- 1 Hvordan lærer turnuslegene å utøve legeyrket i vekslingen mellom student og praktiserende lege i sykehuspraksis?
- 2 Hvordan brukes veiledning, og hvordan kan veiledning brukes, til å individualisere opplæringen av turnusleger under deres sykehuspraksis?
- 3 Hvordan blir den uformelle veiledningssituasjonen påvirket av og fremhevet i en virkelighet dominert av formelle styringsverktøy og mål?

Disse tre spørsmålene blir forsøkt besvart i artiklene gjennom empiriske presentasjoner og teoretiske betraktninger. De blir også forsøkt besvart i den generelle diskusjonen til slutt i denne sammenfatningen.

I artiklene er det begrenset plass til å presentere turnustjenestens bakgrunn og formål, de metodiske refleksjoner som ligger til grunn for datainnsamlingen, eller lengre begrepsutviklende diskusjoner. I de følgende kapitlene vil jeg derfor forsøke å utdype disse temaene noe. I kapittel to gir jeg en oversikt over turnustjenestens organisering slik den fremstår i dag. I den forbindelse plasserer jeg også ordningen i dens historiske og

¹ I utredningen fra Sosial- og helsedirektoratet (2008) nevnes masteroppgaven til Svein Steinert, UiTø (2005) og Kari Straumes kandidatoppgave, UiTø (2003) som to undersøkelser som tar for seg turnus i kommunehelsetjenesten

internasjonale kontekst. I kapittel tre presenterer jeg de teoretiske perspektivene jeg legger til grunn i mitt prosjekt og plasserer dem samtidig i en bredere sosiologisk og læringsteoretisk sammenheng. Jeg viser blant annet hvordan den sosiologiske interaksjonismen og nyere læringsteorier sammen gir et utgangspunkt for å si noe om grunnlaget for læring gjennom praksis. Etter en presentasjon av studiens metodiske valg i kapittel fire, presenteres de tre artiklene i kapittel fem. I kapittel seks oppsummeres de viktigste funn og konklusjoner fra studien. Her peker jeg også på noen implikasjoner som min studie kan ha for videre forskning og drøfter noen av de forslag som er kommet for å legge om turnustjenesten, før jeg gir noen avsluttende kommentarer i kapittel syv.

2 Bakgrunn: Turnustjenesten i Norge

I dette kapittelet presenterer jeg turnustjenesten i Norge, og plasserer den i en historisk og internasjonal kontekst.

2.1 Formål, struktur og ansvarsfordeling

Turnustjenesten er i Norge organisert som ett og et halvt år med obligatorisk praksis. De tolv første månedene avtjenes i sykehus, de seks påfølgende i kommunepraksis. Betegnelsen *turnustjeneste* kommer av at den er en rullerende tjeneste. Turnuslegene er inntatt flere ulike deler av helsevesenet, og får slik varierte erfaringer før de går videre med spesialisering innen ulike grener av medisinen. Som regel er de tolv månedene i sykehus delt mellom medisinske og kirurgiske avdelinger. Flere steder er det også åpnet for praksis innen psykiatri, pediatri og/eller gynekologi/obstetikk (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Ca 20 % av turnuslegene gjennomfører en slik tredelt tjeneste nå (Turnusrådet, 2007).

Mellom 350 og 450 turnusleger blir hvert halvår, noen flere i august enn i februar², utplassert ved landets sykehus og i kommunenes helsetjenester for å gjennomgå turnustjenesten. (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Målet med turnustjenesten fremgår av Helsepersonellovens forskrift om turnustjeneste for leger (HOD 2001-12-20):

”Formålet med den praktiske tjenesten (turnustjenesten) er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirksomhet på forsvarlig måte.”

Helsedirektoratet har det overordnede ansvar for organiseringen og kvalitetssikringen av utdanningen av helsepersonell, men har delegert ansvaret for organiseringen av turnustjenesten til Statens autorisasjonskontor for Helsepersonell (SAFH). Hvert av de fire regionale helseforetak skal sørge for tilstrekkelig med praksisplasser i sykehusene innenfor sitt geografiske ansvarsområde. Kommunelegene har et tilsvarende ansvar for å motta og følge opp turnusleger i sine distrikter. Sykehus og kommuner lønner turnuslegene etter fastsatte avtaler. I sykehus innebærer grunnlønn og minimumstillegg for vakter en årslønn på ca 480 000 kr. Dette betales av det enkelte sykehus. I kommunene er grunnlønnen satt til 340 000 kr med tillegg for vakter (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Hver sykehusavdeling

² Universitetene i Oslo og Bergen uteksaminerer studenter både vår og høst, mens universitetene i Trondheim og Tromsø bare uteksaminerer medisinske kandidater om våren. I tillegg ser det ut til at de fleste utenlandske studenter også uteksamineres på våren. Dermed er flere klare for turnus i august enn i februar. (Sosial og helsedirektoratet 2008)

mottar 30 000 kroner som kompensasjon for veiledning av den enkelte turnuslege, mens kommunen mottar 115 000 per turnuslege fra Sosial og helsedirektoratet (Kittelsen et al., 2002; Sosial- og Helsedirektoratet, 2008).

Turnusrådet har, som oppnevnt organ i Den norske legeforening, ansvar for å følge opp og kontrollere at turnustjenesten drives på en tilfredsstillende måte. Turnuslegene har helt siden 1955 hatt turnuskomiteer eller turnusråd som har talt deres sak i spørsmål angående velferd og faglig oppfølging (B.Hansen 2004). De har blant annet utarbeidet retningslinjer for ansvarlige vertsleger og avdelinger (Turnusrådet, 2005). Siden 2006 har det også pågått en kontinuerlig spørreundersøkelse i regi av legeforeningen, der man kartlegger turnustjenesten ved det enkelte sykehus og i kommunen slik den fremstår for turnuslegene og veiledere (Tunold, 2007; Turnusrådet, 2006; Turnusrådet, 2007). I tillegg foretar turnusrådet jevnlig besøk ved sykehus og i kommuner for å bedre kvaliteten på og kontrollen med gjennomføringen av praksisen (Thorsen, 2005).

Gjennom turnustjenesten må legene kunne vise for sine overordnede at de har de nødvendige ferdighetene for å kunne bli godkjent som leger. Den 18 måneder lange yrkespraksisen er på den måten både en læringstid og en prøvetid. Tallet på underkjennelser av turnuslegers tjeneste er likevel begrenset. I 2005 fikk 10 turnusleger sin tjeneste underkjent og i 2006 fikk 15 det. I 2007 ble 17 turnusleger nektet autorisasjon ved endt turnus (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Den som blir underkjent har rett til, under tilsyn, å få prøve seg på nytt ved det samme sykehus eller legekantor der underkjennelsen ble gitt.

I tillegg til å være en viktig lærings- og prøvetid, fungerer turnustjenesten også delvis som en sikring av legedekningen i distriktene (Skaset 2006). Ved at turnuslegene plasseres utover i alle landets sykehus og kommunepraksiser, fyller de i betydelig grad funksjoner som kvalifiserte leger, funksjoner det ellers enkelte steder kan være vanskelig å få fylt.

Ved slutten av siste semester i studiet får medisinerne et tilfeldig trekningsnummer som avgjør når i rekken de får velge turnussted. De som har lave nummer ender dermed i stor grad i "attraktive" sykehus og distrikter, men siden ordningen er obligatorisk og det i dag som regel er flere "søkere" enn plasser, betyr det at også små sykehus og gravgrendte distrikter får turnusleger – og dermed legehjelp til befolkningen. Turnusleger har i alle år vært skeptiske til å bli plassert ved de minste sykehus og i de minste distrikter, både av private og faglige grunner. Kritikken har i de senere år fått mer tyngde, siden undersøkelser har vist at veiledningen og opplæringen ved mange mindre steder har vært utilfredsstillende (Briseid, 2005). Hvis man skulle ta bort turnusplassene enkelte steder, eller endog helt fjerne turnustjenesten, slik noen har foreslått (Vik, 2007), ville det kunne true noe av legedekningen

på en del mindre steder. Det er derfor liten grunn til å tro at enkelte steder vil miste plasser eller at hele ordningen vil forsvinne. En lik tilgang på helsehjelp er en verdi som står sterkt i norsk helsepolitikk og turnusordningen bidrar i dag i betydelig grad til å skape en mer geografisk lik tilgang på legehjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

2.2 Turnustjenesten som del av et livslangt læringsløp

Turnustjenesten følger seg inn som et ledd i legenes livslange læringsløp (Akre, 2003). Etter seks års bestått medisinstudium, enten ved ett av landets fire universitet eller ved et universitet i utlandet,³ og halvannet års godkjent turnustjeneste, får medisinerne permanent lisens og rett til å kalle seg lege og til å tilby medisinske tjenester i Norge. Etter turnustjenesten fortsetter utdanningsveien. Nyutdannede leger blir som oftest ansatt i stillinger som ”leger under spesialisering”. Mer enn 90 % av alle leger i Norge blir plassert i denne kategorien (Akre, 2003). En spesialistutdannelse tar fra tre til seks år, og omfatter noe teoretisk opplæring, men mest (lærende) praksis. Opplæringskravene varierer noe mellom de i dag 44 godkjente spesialiteter (i Norge) (www.legeforeningen.no). Sykehus og avdelinger har plikt til å tilby kurs og undervisning hvis de skal kunne betegnes som utdanningsinstitusjoner. Når tittelen spesialist er oppnådd, kan en lege tiltre stillinger som overlege innen sin spesialitet. Fortsatt vil det imidlertid være muligheter for og forventninger om at man deltar i videre utdanning gjennom kurs og konferanser arrangert av legeforeningen, farmasøytisk industri eller andre. Den obligatoriske turnuspraksisen er slik bare ett av mange utdannelsesledd som medisinerens karriereløp er satt sammen av (Akre, 2003).

Turnustjenesten kommer likevel i en særstilling i forhold til resten av utdannelsesløpet. Den fungerer som en felles referanseramme for alle autoriserte leger i landet. Det er her de for første gang i nevneverdig grad blir tillagt ansvar. Læringskurven blir for de fleste svært bratt denne første tiden, brattere enn noen gang før og senere. Mange turnusleger vil kunne fortelle om sterke, gode eller dårlige opplevelser fra tiden i turnus, ikke minst om et høyt arbeidspress, spenningen ved å ha ansvaret for spesielt syke pasienter eller opplevelsen av å være med på å ta avgjørelser i for dem nye og svært kompliserte situasjoner.

Men turnustjenesten er også siste gang medisinerne er sammen som ”hele”, og generelle medisinerne. Etter at denne tjenesten er over forlater de hverandre som allmenne leger og sprer seg, for godt, på de ulike ”dellegerollene”, eller spesialitetene, der den spesialiserte allmennmedisinen er en slik ”del”. Det er det siste året foreslått at turnustjenesten, i stedet for å bli behandlet som en separat praksisutdannelse, gjøres til en del

³ Studiets lengde kan variere noe fra land til land.

av løpet frem mot en spesialitet (Sosial- og helsedirektoratet 2008). Argumentene for en slik ordning, er blant annet at den generelle turnuspraksisen ikke lenger er tilstrekkelig til å oppfylle formålet om selvstendig å kunne utøve legeyrket (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Man ser at det i stigende grad kreves en spesialistutdannelse for reelt å kunne utøve selvstendig legearbeid. En innvending mot dette synet, er at turnustjenesten representerer en videreføring av den allmenne grunnutdannelsen og slik sett er det siste ledd i den felles generalistutdannelsen. Det pekes i den sammenheng på at ved å svekke generalistelementet i utdannelsen svekkes også spesialistenes interesse for og evne til å tenke ”helhetlig” og pasientorientert. Jo tidligere spesialistutdannelsen starter, jo snevrere spesialister kan man få. Diskusjonen om turnustjenestens fremtid blir slik også en diskusjon om legeyrkets identitet, altså om yrket fortsatt skal være ett yrke eller om det skal stykkes opp i stadig flere.

2.3 Turnustjenesten i Skandinavia, Storbritannia og USA

Grunnutdannelsen i medisin er relativt lik i de vesteuropeiske land, og til dels også i de vestlige land, selv om den nordamerikanske utdannelsen er tilpasset en noe annen universitetsforberedende utdannelse (high school og college). Forskjellene er større når vi kommer til den videre utdannelsen. Legemobiliteten mellom land gjør imidlertid at presset for å standardisere mer av utdannelsesløpet vokser. Vi skal derfor i det følgende se på hvordan den utdannelsen som følger etter grunnutdannelsen er organisert i de land som gjerne ses på som viktigst for Norge, de andre skandinaviske land, Storbritannia og USA. Andre lands ordninger, og ikke minst de som nevnes her, vil kunne gi premisser for den norske turnustjenestes videre skjebne.

Danmark

Den danske medisiner- og turnusutdanning er under omlegging. Den samlede utdannelsen skal kortes ned fra 6 ½ år til 6 år. Danmark har 18 måneders turnustjeneste, der 12 måneder foregår på sykehus og seks måneder på legekontor. Turnuspraksisen skal kortes ned til 12 måneder fra 1. august 2008. Det skal bli mulig å velge praksis innen flere *spesialer* i disse månedene. Enkelte vil ikke ha hatt noen allmennlegetjeneste i løpet av turnusperioden (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Man kan således si at den nye danske ordningen representerer skritt på veien mot å dele legeyrket opp i spesialer.

De ferske medisinerne skal ellers fordeles mellom praksisstedene etter loddtrekning. Den faglige oppfølging skal sikres gjennom målbeskrivelser og utdanningskrav. Kravene til godkjennelse av tjenester, inkludert av hele spesialistutdannelse, blir mindre regelbasert og

mer mål- og resultatbasert. Formalkompetansen får mindre plass, mens det legges større vekt på realkompetansen.

Sverige

I Sverige er det 5 ½ års grunnutdanning. Turnustjenesten, som kalles "Allmentjänstgöring"(AT), varer i 18 måneder, med 12 måneder i sykehus og seks måneder i allmennlegetjeneste. Gjennom praksisperioden skal kandidatene skaffe seg innsikt i allmennmedisinske prosedyrer, grunnleggende kirurgiske metoder, problemstillinger knyttet til geriatrike sykdommer, psykiatri og de vanligste akutte tilstander. I tillegg til variert praksis, legges det vekt på teoretisk tilegnelse av kunnskap gjennom egenstudier og kursing (Karolinska Institutet, 2008).

Allmentjänstgöring er preget av både å være en arbeidsperiode, og en utdanning. Kandidatene må søke om AT-plasser selv. Det legges opp til at turnuslegene skal ha et tilnærmet vanlig arbeidstakerforhold til det sykehuset de praktiserer ved. Ansvar for den praktiske tilrettelegging blir tillagt arbeidsgiver. Samtidig innebærer den svenske tjenesten en nærhet til universitetssystemet. Mål for hva som skal læres i praksisen er detaljert beskrevet av ansvarlige ved det Karolinska Universitet (Karolinska Institutet, 2008). Opplæringen gjenspeiles i den omfattende eksaminasjonen som alle kandidater må gjennomgå ved endt turnus, kalt *AT-provet*. Den svenske ordningen ligner en del på den norske oppbyggingen, men den avsluttende prøven gjør at den svenske ordningen fremstår som mer resultatorientert, mer *skolastisk* enn den norske.

Storbritannia

Grunnutdanningen i Storbritannia er på fem år. Praksisperioden etter studiet er lagt om fra ett til to års "internship" (Parbhoo, 2007). Autorisasjonen foregår i to trinn. Etter ett års praksis "foundation year 1", mottar kandidaten "full registration", en form for foreløpig lisens. Etter andre året "foundation year 2", mottar kandidaten "Foundation Achievement of Competence Document" (FACD). Etter to år har man mulighet til å påbegynne en spesialitet som gir rett til tittelen "consultant". Det toårige programmet er, som i Norge, en strukturert opplæring i overgangen fra den teoretiske grunnutdanningen til påbegynnelsen av en valgt spesialitet.

De to årene deles opp i bolker på tre til åtte måneder, der kandidatene får mulighet til å prøve seg innen ulike sider av spesialisthelsetjenesten. Første året som trainee innebærer fire måneders praksis innenfor medisin, kirurgi og en valgfri spesialitet. Andre året består av en tredel akuttmedisin og to tredeler, eller ca åtte måneder valgfri spesialisering innen medisin,

kirurgi, eller innen en annen spesialitet avhengig av hva slags praksisplasser som tilbys der man søker (Parbhoo, 2007). Kandidatenes dugelighet blir vurdert av veiledere og andre ansvarlige ved det enkelte praksissted. Søknader for videre jobber er i stor grad basert på referanser fra praksisen (The UK Foundation Programme Office, 2007). Det britiske foundationprogrammet preges spesielt av å være en forberedelse mot valget av spesialitet, der kandidatene oppmuntres til å bruke praksisen til å velge seg ut hvilke spesialiteter de vil søke seg inn mot i fortsettelsen.

USA

I USA varer medisinerutdannelsen i 4 år, etter at man har fullført en bachelor i delvis valgfrie, premedisinske emner. Etter to år med hovedsakelig grunnleggende medisinske basalfag, er de to siste år av grunnutdannelsen praktisk basert. Det fjerde året innebærer lengre perioder med praksis der studentene, eller "sub-interns" får assistere de ferdige legene og ta imot og undersøke pasienter. Internship varer vanligvis i ett år, og gir rett til å praktisere allmennpraksis. Internship blir imidlertid i større grad omtalt som en del av en lengre residency-utdanning, som etter tre til seks år gir spesialistkompetanse (www.acgme.org). Den allmenne praksisutdannelsen holder slik på å bli en integrert del av en samlet spesialistutdanning. Man kan også si at dette betyr at "postgraduate" legeutdanning i USA i dag splittes opp. "Ingen" skal lenger bare bli leger, alle skal bli spesialistleger, inkludert de som skal bli "family practitioners".

Oppsummerende om andre land

Mens Danmark er det landet i Skandinavia som nå tar det første skrittet mot en oppløsning av turnus som generalistutdanning, holder Sverige fortsatt på den samme modellen som Norge, der turnuslegene ruller mellom kommuner og sykehus. Både USA og Storbritannia ser ut til å ha tatt skritt i retning av å gjøre turnustjenesten først og fremst til en introduksjon til det påløpende spesialiseringsløpet, samtidig som at Storbritannia har utvidet sitt "internship" fra ett til to år. Det siste forslaget fra Helsedirektoratet i Norge ser ut til å ha tatt inn over seg disse trendene, når de både foreslår å utvide turnusperioden til tre år, samtidig som man vil knytte den tettere opp til den etterfølgende spesialiseringen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008).

2.4 Turnustjenesten fra 1954 til 2000

Turnustjenesten for leger ble innført som en del av medisinerutdannelsen i 1954 (Skaset, 2006; Brinchmann-Hansen, 2004). Medisinstudiets siste ett og et halvt år ble omgjort til turnustjeneste for å sikre at alle nye leger hadde et minimum av praktisk erfaring før de mottok autorisasjon som leger (Larsen, 2002). Den ytre rammen om turnustjenesten har siden fungert så godt som uendret. Turnuskandidatene, som de ble betegnet som frem til 1998, ble plassert på alle landets delte sykehus, det vil si sykehus med både kirurgi og medisin. Universitetssykehusene var stilt utenfor ordningen. Selv om ordningen var en del av den obligatoriske grunnutdanningen, ble ansvaret for den underlagt Sosialdepartementet og ikke Kirke- og undervisningsdepartementet (Skaset, 2006). Den dag i dag er turnustjenesten underlagt Sosialdepartementets arvtager; Helse- og omsorgsdepartementet.

På 1960-tallet økte interessekonfliktene mellom myndigheter og turnuskandidatene. I 1964 besluttet Helsedirektoratet at turnuskandidater kunne fungere alene i distriktet, uten tilstedeværende overordnet lege. Dette tiltaket ble primært innført for å løse legemangelproblemene (Larsen, 2002). Det ble store stridigheter omkring dette i turnuskomiteen. Komiteens formann Axel Strøm gikk av på grunn av denne beslutningen. Ordningen med alenevakter på enkelte små sykehus består imidlertid fortsatt. Andre temaer som etter hvert ble Yngre Legers forenings og turnusrådets kampsaker var å sikre gode nok lønns- og boligforhold for de utplasserte kandidatene (Brinchmann-Hansen, 2004).

Gjennom mer eller mindre regelmessige kartlegginger av turnustjenesten og turnuskandidatenes situasjon siden 1966, har noen temaer vært gjennomgående. Allerede i den første kartleggingen fra 1966 pekes det på et behov for systematisert veiledning og tettere oppfølging av kandidatene. Dette behovet ble bekreftet i studiene som kom på 90-tallet (Aarseth, 1995; Akre, 1992; Falck, 1995; Falck, 2003; Gaarder, 2000). Andelen med tildelt veileder økte fra undersøkelse til undersøkelse, men kvaliteten på veiledningen ble det hele tiden stilt spørsmålstegn ved. Ellers har evalueringene av norsk turnustjeneste vist at turnuslegene jevnt over er godt fornøyd med utbyttet av turnustjenesten, og ofte mer fornøyd med kommunetjenesten enn med sykehusetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kompetansenivået mellom kjønn og mellom de ulike universiteter har også vist seg å bli utjevnet i løpet av turnustjenesten (Gaarder, 2000).

2.5 Turnustjenesten i nyere tid; endrede rammebetingelser

Legenes posisjon i samfunnet har endret seg mye i de femti år som turnustjenesten har eksistert. Dette har også påvirket innholdet i den praksisen som turnuslegene gjennomgår.

Tidligere hadde legene langt mindre utstyr og hjelpemidler for å behandle og utrede pasienter. Men autoriteten som ble tillagt legen var likevel, eller kanskje delvis derfor, større før enn nå (Nyborg, 1996; Fugelli, 1996). Samtidig som man kan si at den vitenskapelige kunnskap medisinerne baserer sine avgjørelser på har økt dramatisk, har kravene og forventningene fra myndigheter og pasienter antagelig økt enda raskere. Frykten for å begå ”menneskelige” feil, som uriktig tolkning eller ignorering av symptomer, er stor, både fordi medisinen nå i større grad vet hva som er riktig og galt og fordi publikum er blitt mer kravstore og mindre tolerante for feil, og bruken av prøvetaking har derfor vært økende. Å takle egen frykt for feil, har vært et gjennomgående tema i forskningen omkring medisinerstudenters vei inn i legeyrket (Fox 1957, Light 1988). I økende grad innebærer praksisen å takle denne frykten, og å lære seg de sikkerhetstiltak og rutiner som anvendes ved sykehus og i kommunene for å møte så vel forventningene som sikkerhetskravene fra pasienter, pårørende og andre (Atkinson, 1988).

Sammensetningen av legegruppen har endret seg de siste par tiår, blant annet hva gjelder kjønn, noe som også er med og preger turnuspraksisen. I 1960, da turnustjenesten fortsatt var ung, utgjorde kvinneandelen 10 % av landets 3.844 leger (www.legeforeningen.no). I 2008 er andelen kvinnelige leger ca 40 % av mer enn 19.000 leger, mens andelen kvinner blant medisinerstudenter i juni 2008 er på 61 % (Tabell1; www.legeforeningen.no). Den voksende kvinneandelen blant leger og turnusleger kan innvirke på hvordan legerollen utøves og oppfattes, og også på den opplæring nye turnusleger får. Samtidig som en økt andel kvinner ofte forbindes med en lavere anseelse av profesjonen, vil flere kvinnelige leger også kunne medvirke til å normalisere arbeidsforholdene og gjøre dem mer familievennlige. Det kan også være med på å forsterke den utviklingen vi allerede ser, der legeyrket går fra å være et kall og en livsoppgave til å bli som andre lønnsyrker, avgrenset og skjermet fra den private del av legens liv.

Antallet turnusleger øker stadig. I en longitudinell undersøkelse gjort over fire semesterkull somrene og vintrene 1996-1998 var det totalt 621 turnusleger (Gaarder, 2000). August 2003 var antall påmeldte turnusleger fra ett semesterkull 506, mens i august 2008 var tallet for påmeldte oppe i 623 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Antall medisinerstudenter på norske universiteter var i juni 2008 3.571. I tillegg er det et økende antall medisinerere som tar utdannelse i utlandet; ca 2.300 i 2006/7 (Tabell 1; www.legeforeningen.no).

Tabell 1: Antall leger, turnusleger og medisinerstudenter og andel kvinner fra 1930 til 2008 (Kilde: SSB, B-Hansen 2004, Legeforeningen og SAFH)

År	Antall turnusleger	Registrerte leger i Norge < 67 år	Prosent kvinner av yrkesaktive leger	Antall medlemmer av NMF* i Norge (utenlandske i parentes)	Prosent kvinner av NMF medlemmer totalt
1960	**	3.844	10,0		
1966	264				
2002	609	16.540	32,7	2.540 (1.045)	58,4
2004	732	17.529	34,8	2.470 (870)	61,1
2006	749	18.376	37,5	2.858 (849)	60,5
2008	874***	19.380	40,4	3.571 (859)	61,0

* NMF = Norsk Medisiner Forening, underforening i Den norske Legeforening. Tradisjonelt har den største andelen av leger og studenter vært medlemmer (95-99%)

** Det er ingen tilgjengelig statistikk omkring andel turnusleger eller medisinerstudenter før 2000. Prosentandelen for turnusleger i kommunehelsetjenesten er anslått til mellom 6 og 9 % av legene totalt i kommunene fra 1980 til 2000 (Gabrielsen, 2007)

*** Antall tildelte turnusplasser februar og august, turnuslisenstallet er ikke tilgjengelig for 2008 (www.safh.no)

Turnusrådet og Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) uttrykker alvorlig bekymring for det økte behovet for turnusplasser. De frykter at om det opprettes for mange turnusplasser vil kvaliteten på opplæring og utprøving bli for lav (Ebbing & Taraldset, 2000; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Den store økningen blir forsøkt håndtert gjennom prøveordninger med nye modeller og inndelinger av tjenesten; fire måneder på tre ulike avdelinger i stedet for seks måneder på to. Dette forsvares med at det da er plass til flere turnusleger ved hvert sykehus og at turnuslegene får mer variert erfaring (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Skepsisen mot denne prøveordningen begrunnes blant annet med at det er vanskelig for turnusleger å starte på nytt hver fjerde måned. De får ikke innarbeidet rutine og kunnskapen skikkelig før de må videre (Turnusrådet, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Med til dels store omorganiseringer av grunnutdannelsen, med langt større innslag av praktisk trening, svekkes også turnustjenestens eksistensgrunnlag (Larsen, 2002). Turnustjenesten ble innført i en tid da grunnutdanningen hovedsakelig var preget av en

teoretisk tilnærming til stoffet. Studiet startet slik med en preklinisk avdeling; Studentene skulle lære teori før de kom til klinikken. De skulle nærme seg klinikken med teori i blikket. Med et slikt studieopplegg ble det etter hvert sett på som nødvendig å erstatte de siste 18 måneder av utdannelsen med praktisk erfaring. Når grunnutdanningen får større innslag av praksis og pasientkontakt, spesielt etter studiereformen på 1980-tallet i Tromsø, og innføring av problembasert læring i Trondheim (1993), og i Oslo⁴ (1996) (Larsen, 2002; Skaset, 2006), må turnustjenestens funksjon i det større utdanningsløpet revurderes (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Nye direktiver fra EU påvirker også den norske turnustjenesten. Med fri flyt av personell innenfor samarbeidslandene blir norske autorisasjonskrav nødvendigvis påvirket av hvilke ordninger samarbeidslandene har. Fra 1. januar 2006 ble det innført retningslinjer som økte kravet om supervisert praksis for allmennpraktiserende leger. Direktivet retter seg etter det tyske utdannelsessystemet, der det er et krav om tre år med arbeidspraksis *under supervisjon* av andre, erfarne leger før man kan oppnå lisens til å drive selvstendig allmennpraksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Fordi norske leger ved tilbudt legelisans har gjennomgått et halvt års praksis i studiet, samt ett og et halvt år i turnus, innebærer direktivet at det innføres krav om ytterligere ett år med supervisert praksis. Høsten 2007 kom det nye direktiver der det åpnes for muligheter for EØS-autoriserte utenlandske leger å praktisere som leger i Norge uten turnustjeneste (www.shdir.no). Sverige godkjenner legelisans for leger fra andre EU-land, også der det ikke er pålagt praksis i etterkant av studiet. Norske studenter fra Polen, Nederland eller Tsjekkia kan dermed søke autorisasjon i Sverige, for så å reise videre til Norge med en legelisans uten gjennomført verken norsk eller svensk turnustjeneste (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Slike "smutthull"⁵ bidrar til at turnustjenesten som nasjonal utdanningsordning forvitrer og litt etter litt kan miste sin legitimitet.

De norske helsemyndigheter har gjennomført en rekke utredninger og vurderinger av turnustjenestens oppbygning og fremtidige funksjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Den siste turnusrapporten foreslår å innlemme turnustjenesten i spesialiseringsløpet som følger etter fullført turnus. Spesialistutdannelsene skal kortes ned med et halvt år, mens perioden fra medisinerstudentene har bestått eksamen til de mottar endelig autorisasjon som lege skal fordobles fra ett og et halvt år til treårig

⁴ Universitetet i Bergen er det eneste universitetet i Norge som fortsatt opprettholder et skarpt skille mellom preklinisk og klinisk opplæring i medisinstudiet (www.med.uib.no)

⁵ Denne praksisen kalles gjerne "svenskeullet" og har vært gjenstand for stor diskusjon og oppmerksomhet blant annet fra YLF (Yngre Legers Forening)

supervisert praksis. Forslaget innebærer også mindre sentralstyring og en større grad av delegering av ansvar til det enkelte praksissted, der man, i likhet med den svenske ordningen (se avsnitt over) skal se turnuslegene mer som arbeidstakere enn som studenter.

I det neste kapittelet vil jeg gå nærmere inn på noen teoretiske begreper som belyser turnuslegenes situasjon som en overgangsperiode fra studie til yrkesliv. Uansett om Helsedirektoratets nyeste forslag til fornying blir fulgt opp, er det nødvendig med god kunnskap om og forståelse for turnustjenestens funksjon som overgang fra teori til praksis, fra studie til yrkesliv, og som en veksling mellom disse.

3 Teoretiske perspektiv: Læring gjennom praksis i et medisinsk fagfellesskap

3.1 Introduksjon

I dette kapitlet vil jeg gi en sammenfattende oversikt over de ulike teoretiske perspektivene som er benyttet i min fortolkning av turnuslegenes læring i deres sykehuspraksis.

Jeg er opptatt av den sosiologi som preger turnuslegenes læring. Slik føyer jeg meg inn i en lang tradisjon av sosiologiske studier av medisinske studenter (Becker, 1977; Merton, Reader, & Kendall, 1957; Coser, 1979; Sinclair, 1997). Forskningen omkring legestudenter og hvordan de lærer i det medisinske samfunn, har vært en underretning innenfor medisinsk sosiologi omtrent like lenge som turnustjenesten har vært en del av norsk medisinerutdannelse, det vil si siden 1950-tallet (Skaset, 2006).

Mens tilegnelse av medisinsk kunnskap og ferdighet i en del sammenhenger ses på som et spørsmål om teoretisk læring (forelesningsoverhøring, lesing, pugging) og didaktisk instruksjon (Atkinson, 1995), legger jeg vekt på hvordan læring i sykehuspraksis for turnuslegene først og fremst skjer gjennom deres egen prøvende deltagelse i det medisinske fagfellesskap. I Robert Merton et. al. sitt klassiske verk "The Student Physician" finner jeg gjenklang for mitt perspektiv;

"It is clear that not all which is taught in medical school is actually learned by students and that not all which is learned is taught there, if by teaching is meant didactic forms of instruction. Students learn not only from precept, or even from deliberate example; they also learn - and it may often be, most enduringly learn - from sustained involvement in that society of medical staff, fellow students, and patients which makes up the medical school as a social organization." (Merton 1957:41-42)

En viktig del av læringen som skjer i studium og i praksis, skjer gjennom den sosiale involveringen i det etablerte medisinske fagfellesskapet, i studentfellesskap og i det mer eller mindre midlertidige lege-pasientfellesskapet i interaksjonen med pasienter. Å se forbi de tradisjonelle og formelle utdanningsordningene og å prøve å identifisere sosiale mekanismer som hindrer eller fremmer den praktiske læring, forblir en viktig, men komplisert oppgave.

Turnuslegene lærer å bli leger i sykehus gjennom erfaringene de får mens de deltar i et fellesskap av leger og annet helsepersonell som utfører sitt arbeid. De praktiserer, de deltar og de lærer. Selv om disse tre aktiviteter i virkeligheten er tett knyttet sammen, skilles de fra hverandre her for å vise hvordan de representerer forskjellige sider ved læring i praksis. *Praktisering* av legeyrket innebærer å forhandle seg frem til en akseptabel måte å innfri

forventninger som allerede knyttes til den rollen som turnuslegene trer inn i; *legerollen*. For å forstå praktisering blir det dermed relevant å se på rolleteori og hvordan roller blir oppfattet i forbindelse med læring i medisinen (Coser, 1979; Merton et al., 1957; Sinclair, 1997). Å *delta* innebærer å være en del av et fellesskap, og at de aktørene som utgjør fellesskapet åpner seg for gjensidig gjenkjennelse og anerkjennelse (se sitatet ovenfor og Wenger, 2004). Deltagelse omfatter, men er samtidig noe mer enn praktisering. Den omfatter også de prosesser som finner sted når mange skal praktisere like og/eller utfyllende roller sammen. *Læring* innebærer at det skjer en endring. Endringen skjer i individet, i handlinger og/eller i en felles praksis. Læring kommer til uttrykk som endring i atferd, endring i holdninger og endringer i forståelse. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan praktisering, deltagelse og handling, på ulike måter begrepsbestemmer læringsprosessen som turnuslegene går igjennom i sykehuspraksis.

I medisinsk sosiologi generelt har man bare i begrenset grad vært opptatt av hvordan den medisinske kunnskap produseres og distribueres. Medisinsk kunnskap, forstått som biomedisin, er ofte sett på som et redskap for maktutøvelse og definisjonsmakt (Foucault, 2003), som en del av beskyttelsen for profesjonen (eksklusiv kunnskap) eller som et middel til å motvirke den medisinske praksis' usikkerhet (Atkinson, 1995). Interessen for den medisinske kunnskapens tilblivelse, utvikling og reproduksjon har samtidig resultert i enkelte studier og diskusjoner om hva det vil si å være legestudenter og/eller "boys in white" (Becker, 1977; Light, 1988). Arven etter Merton, det vil si interessen for de sosialpsykologiske sider ved medisinsk utdanning, er blitt holdt ved like gjennom teoretikere som Renée Fox, Rose Coser og i senere tid Paul Atkinson og Simon Sinclair (Atkinson, 1995; Coser, 1979; Fox, 1957; Sinclair, 1997). I Norge har medisinerere som Reidar Tyssen, Øyvind Larsen og Victoria Akre vært opptatt av medisinerstudenters læring i studiet og i praksis (Akre, 2003; Larsen, 2002; Tyssen m.fl., 2000; Tyssen m.fl., 2005). Den sosiologiske begrepsforståelsen har imidlertid endret seg over tid og gitt ulike oppfatninger av hvordan jenter og gutter blir til medisinerstudenter, studenter til leger, og leger til spesialister.

3.2 Praktisering; innøvelse av og forhandling om en ny rolle

Det funksjonalistiske rollesyn

Den medisinske læringssosiologi utviklet seg blant annet i miljøer der diskusjoner omkring roller var viktige, og der individet ble oppfattet som nesten totalt styrt av samfunnets sosiale regler (Merton et al., 1957; Merton, 1957). Disse regler summerer seg opp til nettopp roller. Roller forstås ofte generelt og i sosiologiske sammenhenger som "de forventninger, normer

og regler som er forbundet med en sosial posisjon eller oppgave” (Korsnes, Andersen, & Brante, 1997).

Den funksjonalistiske rolleforståelsen tar sitt utgangspunkt i at samfunnet ligner en organisme. Samfunn ligner organismer med bestemte behov som må tilfredsstilles for at det ikke skal gå til grunne. Funksjonalistene omtaler disse behov som funksjoner. Rollene er nødvendige for opprettholdelsen av funksjonene. Slik blir funksjonalismen både deterministisk og normativ i sine ”råd” til samfunnet. Det blir viktig at rollene blir ført videre, og opprettholdt slik de er. Innenfor den tidlige etterkrigstidens medisinske sosiologi så man på samme måte de enkelte rollene i helsevesenet, rollene som lege, student og pasient, som gitt (Huntington, 1957; Parsons, 1967). Merton og hans medforskere tar utgangspunkt i dette funksjonalistiske rollesyn, men utvikler det også noe når de i ”The Student-Physician” gir en rekke eksempler på hvordan legeyrket læres og utvikles, og hvordan legerollen ikke alltid så enkelt og harmonisk lar seg innlære og utføre (Merton et al., 1957).

I sin studie av turnusleger ved et mentalsykehus i USA forholder Coser seg til legestudent- og legeroller på denne ”Mertonske” måten når hun beskriver overgangen fra studentrollen til legerollen (Coser, 1979). Hun finner og påpeker hvordan overgangen fra student til lege innebærer rollekonflikt. Studentlegene skal som studenter være lærevillige, ydmyke og vise respekt for sine overordnede. Samtidig skal de som ”preleger” vise autoritet og sikkerhet overfor pasienter, og kanskje kreve ydmykhet fra dem. Denne situasjonen skaper uro hos studentlegene, fremholder Coser. Hun foreslår at rollekonflikten kan løses gjennom en tydeligere atskillelse av rollene i tid og sted, der studentlegene interagerer med overordnede i bestemte situasjoner og med pasientene i andre (Kivle, 2008; Coser, 1979). Hun viser slik vei, som en ”god student” av Merton, utover den parsonianske sosiologi og bereder grunnen for den neste, mer legerollekritiske, generasjon av medisinske sosiologer.

Kritikken av særlig Parsons, men også Mertons, funksjonalisme, som tiltok utover på 1970-tallet, la vekt på dens manglende evne til å se spenninger i de eksisterende forhold, og dermed samfunnets og enkeltmenneskenes iboende dynamikk, og på dens følgende tilbøyelighet til å ville underbygge etablerte maktforhold (Willmott, 2003). Rolleteorien manglet en redegjørelse for hvordan individet i noen grad kunne utforme sine roller selv, og for hvordan roller ble utformet gjennom sosiale samhandlinger (Holmwood, 2005). I forståelsen av legene og turnuslegenes praktisering av sin yrkesrolle, kom og kommer det statiske og forhåndsdefinerte rollesynet til kort

Det interaksjonistiske forhandlingsperspektiv

Den funksjonalistiske oppfatningen av roller i sosiologien kom etter hvert til å vike plass for et mer interaksjonistisk syn på roller. Erkjennelsen av at det enkelte mennesket har en viss frihet til å velge sine handlinger, også ut fra egne interesser, og ved improvisering i den enkelte situasjon, løste opp det statiske bilde av samhandlingssituasjoner som funksjonalismen hadde skapt. Også blant de funksjonalistisk tenkende forskerne var det store diskusjoner omkring synet på roller. Rose Coser, som omkring 1970 forholdt seg til legerollen og studentrollen som mer eller mindre gitte størrelser (Coser, 1966), var 25 år senere blitt mer opptatt av at *interaksjon* var en forutsetning for utøvelse og oppfattelse av roller i den enkelte situasjon:

"In modern society, social roles usually cannot be taken for granted but must be negotiated even if everyone has a general conception of what it means to be a mother or a father, physician or teacher." (Coser, 1991, s.2)

I det mindre hierarkisk-kollektivistiske og det mer demokratisk-individualistiske samfunn vi etter hvert har fått, legger forskerne mer vekt på at individene har rom for egne tolkninger. Individene må forhandle om hvordan de skal spille sine roller i de enkelte samhandlingssituasjoner. En interaksjonistisk definisjon av roller er derfor mindre "lukket" enn den funksjonalistiske:

"(roller er) størrelser som spesifiserer generelle forventninger som individet mer eller mindre må føye seg etter i en spesifikk sosial kontekst." (Giddens, 1998)

Roller, og forventningene til dem opprettholdes og utvikles gjennom ulike typer forhandlinger rolleskaperne imellom. I disse forhandlingsprosessene er konteksten av stor betydning. Prosessene resulterer i roller som mer fremstår som redskaper enn som mønstre, eller forskrifter, som må følges (Callero, 1994). Rollene er stadig i utvikling. Stadig differensieres de også. Individene har hele tiden frihet til enten å bekrefte eller endre (utvikle) den aktuelle rollen i det den realiseres. Sosiale (i betydningen mellommenneskelige) roller er slik både *strukturoppretholdende*, ved at de bekrefter tidligere handlingsmønstre, og *strukturutviklende*, ved at de blir utgangspunktet for overskridelser (Giddens, 1996). Hver nye samhandlingssituasjon representerer en mulighet for overskridelse og utvikling av fortidens strukturer. At det er tale om overskridelse og utvikling betyr at fortiden ikke helt aksepteres, men samtidig at den heller ikke helt forkastes. Det sosiale samspillet har ikke all betydning, slik den parsonianske funksjonalismen legger opp til. Interaksjonismen slipper individet til, uten å miste de sosiale kreftene i forklaringen av handlingsvalgene (Chriss, 1995).

Rollene utvikles likevel ikke utelukkende gjennom det enkelte individs egen overskridende innsats. Mens de rasjonalistiske retningene i sosiologien reduserer det sosiale til funksjoner av individuelle beslutninger, gir mikrointeraksjonismen de sosiale kreftene i den enkelte interaksjon en avgjørende betydning. Overskridelsen av de sosiale reglene skjer sosialt, der de ulike aktører prøver seg ut overfor hverandre. Rollene gjenskapes og omskapes slik i samspillet mellom de ulike aktørers forventninger (Goffman, 1959; Chriss, 1995; Blumer, 1969). Det understrekes at de sosiale kreftene ofte trekker i en standardiserende retning som får aktører til å handle slik at de opprettholder de etablerte strukturer. Goffman og Mead viser hvordan målsettingen for en handling ofte har utspring i behovet for å gjøre en "god figur" i andres øyne (Goffman, 1959; Mead, 1934). Mead betegner, i tråd med dette, individets selvkontroll og samvittighet som "den generaliserte andre". Den generaliserte andre er den oppfatningen man tror at "alle" har av en selv (Mead, 1934). Erving Goffmann peker antagelig på den samme mekanismen når han beskriver menneskers behov og preferanser for å fremstå så gunstig som mulig i så vel fremmedes som i kjentes øyne (Goffman, 1959). Slik trekkes enkeltmennesket mot å opptre opprettholdende i stedet for overskridende.

Den som er svært opptatt av å bli akseptert av en gruppe, som en turnuslege, som må leve opp til eldre kollegers forventninger for å kunne bli autorisert som lege, er under et ekstra sterkt sosialt press (Sinclair, 1997; Giddens, 1996). Turnuslegene har i praksis lite valg; de må tilfredsstille de eldre kollegenes forventninger om de ønsker å motta autorisasjon. Dermed blir forhandlingene om rollene *skjeve*. Det er likevel et visst rom for å være seg selv og dermed et visst rom for å forhandle. Også turnuslegenes manglende evne til å møte forventningene til legerollen er med på å påvirke den enkelte samhandlingssituasjon. Men i hovedsak er det likevel de erfarne, bedømmende, leger, eller pasientene, som bestemmer hvor stort rommet for turnuslegenes individuelle rolletolkning skal få være.

Teatermetaforen

Forhandlingene om en rolles, for eksempel legerollens, innhold foregår i rolleutspillende situasjoner. Den samme rollen spilles imidlertid i ulike situasjoner. Legerollen spilles i kliniske situasjoner, som er den arena medisinske sosiologer særlig har vært opptatt av (Atkinson, 1995; Parsons, 1967; Berg & Hjortdal, 1994). Samtidig spilles den også i andre, mer indirekte kliniske situasjoner, eller i helt ikke-kliniske situasjoner. Med interaksjonismen, og spesielt gjennom Goffmans bidrag til den, åpnes det for en erkjennelse av at ulike situasjoner er med på å bestemme forventningene til den enkelte aktør, og at denne situasjonsskiftingen kan påvirke rolleutformingen (Goffman, 1959). Man får slik, påpeker

Goffman, ”forhandlinger” om roller som ikke bare gjelder i situasjoner, men også *mellom* situasjoner.

Erving Goffman skiller mellom to arenaer han mener er spesielt viktige i de fleste rolleforhandlingssituasjoner, nemlig scenen og kulissene. Han sonrer mellom arenaer for utøvelse av roller, og omtaler dem som ”frontstages” og arenaer for forberedelser og bearbeidelser av rolleutøvelser, og omtaler dem som ”backstages”(Goffman, 1959). I backstage er samhandlingen preget av uformalitet. De tilstedeværende deler et felles språk og har en viss grad av nærhet. I frontstage er samhandlingen formell. De samhandlende er preget av distanse og det er ofte publikum til stede som iakttar utøvelsen av rollene. Ulikheten mellom disse arenaene viser hvordan forventningene til rollene og hvordan de utspilles på ulike arenaer vil variere ut fra om de skjer i frontstage eller i backstage.

Spillet som utføres på scenen, i frontstage, og rollene som mer eller mindre fylles her, gjelder, som jeg viser gjennom observasjonene i artikkel én, i stor grad for interaksjonen mellom leger og pasienter. Her har begge aktørene forventninger om at legen skal opptre forberedt og profesjonelt. Det blir dermed ikke snakk om en forledning av pasienten når legen tar på seg den profesjonelle rollen, men heller om en felles forståelse av situasjonen (Kivle, 2008). Likeledes er situasjonen backstage preget av forberedelser og avslapning. For sykehuslegene skjer denne interaksjonsformen i møterom og andre steder der pasienter ikke er til stede. Denne delen av legerollen skal også læres. Turnuslegen lærer slik også å praktisere legekollegarollen, en slags underkategori av rollen som lege.

Sinclair benytter teatermetaforen i sin studie av ”the housemen” (turnusleger i engelsk helsevesen) ved et sykehus i England på 90-tallet (Sinclair, 1997). Han tar utgangspunkt i at frontstage-arenaene utspilles der turnuslegene møter sine overordnede i kliniske situasjoner. Der skal turnuslegene vise seg som profesjonelle og kompetente leger mens de overordnede iakttar, stiller spørsmål og forhåpentligvis godkjenner opptreden som ”well done”. Sinclair beskriver blant annet hvordan turnuslegene jobber hardt for å gi en perfekt rapportering av pasientenes tilstand; så hardt at når den overordnede spør pasienten direkte om hun spiser eller drikker nok, kaster turnuslegen seg inn i samtalen og svarer før pasienten rekke å si noe (Sinclair, 1997, s 275), som for å vise at ”dette har jeg allerede spurt om”. Denne oppvisningen kontrasteres mot andre samhandlingssituasjoner ”backstage” der de overordnede ikke er til stede, og tonen mellom turnuslegen og de andre kollegaene, sykepleierne og pasientene er mer avslappet og personlig. Selv om jeg benytter teatermetaforen annerledes enn Sinclair, er hovedpoenget det samme; (turnus)legerollen innebærer å lære både forberedelse, evaluering og opptreden.

Slik som interaksjonismen legger vekt på forhandlinger av roller, situasjonsdefinisjon og mening i og mellom arenaer, legger den sosiokulturelle læringsteorien vekt på at læring skjer gjennom forhandlinger mellom rolleutøvere om den enkeltes oppgave og posisjon i *praksisfellesskapet* (Wenger, 2004). I den interaksjonistiske læringssosiologi, som jeg har presentert her, er man opptatt av hvordan medisinerstudenter forhandler om sin identitet som lege og som student, og hvordan de lever opp til forventningene knyttet til sine nye roller. I neste avsnitt skal vi se hvordan man i den sosiokulturelle læringsteorien legger vekt på at yrkesopplæring (altså fremforhandlingen av yrkesrollen) skjer gjennom mer eller mindre perifer deltagelse i et fellesskap av praktiserende yrkesutøvere (Lave & Wenger, 1991).

3.3 Deltagelse; turnuslegen og det profesjonelle fellesskapet

I nyere tids sosialpedagogikk oppfattes læring i praksis først og fremst som deltagelse i et praksisfellesskap, eller som

”å ha eller ta del i eller være felles med andre om en eller annen aktivitet, virksomhet eller lignende”(Wenger 2004, s.70).

Deltagelse innebærer både et gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar blant kolleger i et praksisfellesskap. Når vi som aktører tar del i et fellesskap, får vi en posisjon i forhold til de andre i fellesskapet. Vi engasjeres, utvikler bestemte interaksjonsmønster og finner vår plass i gruppen av praktiserende. Vi definerer vår plass ut fra den felles virksomheten som finner sted, noe som også gir oss et delvis ansvar for det som skal gjøres. Gjennom å være del av praksisfellesskapet utvikler vi en felles forståelse av virkeligheten og av oss selv. Våre erfaringer fra den felles virksomheten gir oss også etter hvert en delt historie med de andre i fellesskapet. Slik opparbeides et felles repertoar som påvirker oss selv så vel som alle deltagerne i fellesskapet og den videre utførelsen av virksomheten (Wenger, 2004). Å delta er slik noe mer enn å praktisere i en yrkesrolle, som jeg har vist i forrige avsnitt. Når vi deltar, går vi inn i et arbeid som ”hele” mennesker, og utfører et bestemt arbeid i et konkret miljø sammen med andre (Gulbrandsen, 1996).

Å delta innebærer altså å utfolde seg i et avgrenset sosialt fellesskap. I begynnelsen får man innta en mer passiv og perifer rolle, der man gradvis og diskret kan tilegne seg normer og regler som gjelder i handlingsfellesskapet (Lave & Wenger, 1991; Gulbrandsen, 1996). De ulike oppgavene som blir gitt til den uerfarne endres, og blir flere og mer krevende, etter hvert som vedkommende viser at hun eller han mestrer. Slik læres et håndverk eller en profesjon gjennom observasjon av andre, og gjennom å bidra i tilpasset omfang (Lave & Wenger, 1991).

Lave oppdaget i sine studier av håndverkslæringer at de sjeldent ble undervist, men at de lærte gjennom selv å praktisere og delta i den daglige virksomheten (Lave & Wenger, 1991). Hun observerte hvordan skredderlærlingene i Liberia først utførte enkle oppgaver for etter hvert å få viktigere og mer krevende oppgaver. Slik læring kunne ikke finnes i et klasserom fjernt fra den konkrete praktiske konteksten.

Deltakelsen vektlegges, mens verbalisert refleksjon og kontroll nedvurderes. Lave er kritisk til den sterke betoning av skolelæring i vestlige samfunn. Hun viser hvordan i utgangspunktet "svake" elever kan praktisere avansert matematikk i andre kontekster, for eksempel ved handling i en butikk. Kompetansen er avhengig av i hvilken sammenheng den praktiseres. Kunnskap kan eller bør derfor ikke løses fra praksisen den skal anvendes i. Læring finner sted, mening dannes og kunnskap og ferdigheter tilegnes og kommer til nytte gjennom deltagelse i "virkelige" situasjoner (Elle, 2000; Lave & Wenger, 1991; Lynch, 1995).

Forståelsen av læring som deltagelse i den sosiale konteksten er mye eldre enn begrepet om "praksisfellesskaper", som ble introdusert på begynnelsen av 1990-tallet (Lave & Wenger, 1991). Vygotskij utviklet på 1920-tallet en forskningstradisjon basert på ideer om mester-lærling-relasjonen (Nygren, 2004). I relasjonen står språket sentralt. Den russiske læreren og utviklingspsykologen var opptatt av hvordan språket var aktørenes viktigste redskap for kontakt med omverdenen og dermed avgjørende for tilegnelse av kunnskap. De sosiale omgivelsene ble oppfattet som avgjørende for individenes muligheter for avansert innsikt og læring. Rommetveit, som en av de mest innflytelsesrike nordmenn på feltet viser, ved hjelp av Vygotskij og Bakhtins begrepsapparat, hvordan et språklig budskap uttrykt av sender gis større og kanskje mer innsiktsfull mening enn det senderen opprinnelige hadde tenkt eller hadde evne til å forutse (Rommetveit, 1996). Slik blir språket et redskap for meningsutveksling, og ikke bare et redskap for informasjonsoverføring. Denne erkjennelsen blir borte når kunnskap individualiseres og gjøres til avgrensede kognitive størrelser. Kunnskap blir tvert imot sett på som ikke avgrensede størrelser som utvikles gjennom sosial interaksjon og opprettholdes gjennom felles praktisering og begrepsbruk.

Med begreper om dialogisme, situert læring og praksisfellesskaper har læringsteoriene tatt opp i seg betydningen av de sosiale prosessene for kunnskapsoverføring og utvikling. Det er åpnet for en bred erkjennelse av at læring ikke først og fremst skjer ved overføring av informasjon fra ett individ til et annet, eller gjennom isolert praktisering av et yrke, men gjennom en felles deltagelse i praktiseringen av det som skal læres.

3.4 Læring; kollektiv meningsdannelse eller individuell holdningsendring?

”Læring” forbindes ofte med prosesser, individuelle eller sosiale, som resulterer i en eller annen form for endring. Endringen skjer enten som en fornyelse av kunnskap, en dypere forståelse av hva man holder på med, eller som en endring i den enkeltes atferd eller fellesskapets praktisering (Atkinson, 1993; Rommetveit, 1996).

Sosiale og kognitive læringsteorier

Erkjennelsen av at læring finner sted i sosiale prosesser, binder på sett og vis sosiologiske og enkelte sosialpedagogiske læringstradisjoner sammen. Den sosialantropologiske Wenger uttrykker sammenhengen tydelig slik:

”læring er så grunnleggende for hverdagens sosiale oppbygging at dannelse av teori om det ene er ensbetydende med dannelse av teori om det andre” (Wenger 2004)

Forståelsen av læring som situert har sitt utspring i teoretikere som Mead, Weber og Habermas (Østerud, 2004; Lave & Wenger, 1991; Sinclair, 1997), sentrale representanter for interaksjonistiske og forståelsesorienterte handlingsperspektiv. På samme måte som i den Mertonske medisinske læringssosiologien er Wenger og hans meningsfeller opptatt av at læring skjer gjennom deltagelse i sosiale situasjoner, og ikke først og fremst som kontekstløse overføringer fra ett individ til et annet (Gulbrandsen, 1996; Lave & Wenger, 1991).

Sentralt i psykologien og pedagogikkens læringsteorier står spørsmålet om hvorvidt læring først og fremst er en individuelt eller sosialt betinget prosess (Dysthe, 1996). Er det slik at omgivelsene bare har en større eller mindre innflytelse på de individuelle mentale prosessene, eller er det slik at høyere mentale funksjoner hos individet har sitt opphav i og er uløselig knyttet til det sosiale samspillet (Dysthe, 1996)? Dette skillet innvirker også på hvordan man ser for seg at kunnskap utvikles og ”fordeles”.

Den tradisjonelle skolastiske læringsteorien forutsetter at kunnskap først og fremst er informasjon som overføres fra en person til en annen. Forskningen innenfor behaviorisme og kognitivism har syslet mest med hvordan denne informasjonen blir bearbeidet i den lærendes mentale strukturer, eller hvordan man ved å benytte ulike virkemidler kan gjøre denne informasjonsoverføringen lettere (Helstrup, 1996).

Det ensidige fokus på individuelle prosesser, som det tradisjonelle skolastiske synet på læring forfekter, har blitt utfordret av de sosiokulturelle studiene (Wackerhausen, 1999). I de sosiokulturelle og sosiologiske forståelsesorienterte tradisjonene blir kunnskap sett på som mening, og læring som meningsdannelse. Å lære et fag er å lære seg nye tenkemåter, ikke

bare å tilegne seg ny informasjon (Helstrup, 1996; Atkinson, 1993). Den sosiokulturelle forskningen har derfor beskrevet hvordan fellesskap som deler en praksis distribuerer oppgaver og funksjoner og hvordan kunnskap opprettholdes og utvikles gjennom samhandlingen.

Sannsynligvis vil funn fra begge tradisjoner være relevante for å forstå læring fullt ut (Dysthe, 2001). Dysthe ser at den kløften som er skapt mellom de kognitive og sosiokulturelle læringsperspektivene, i bunn og grunn er resultat av ulike utgangspunkt, ulike metoder og dermed ulike svar på ulike spørsmål omkring læring. Det ene perspektiv behøver imidlertid ikke utelukke det andre. Teoretikere som Nygren og Wenger har forsøkt å ta hensyn til begge former for kunnskapstilegnelse, kognitive så vel som sosiale i sine modeller for læring i praksis (Nygren, 2004; Wenger, 2004). Der teoriene om situert læring blir kritisert for sin begrensede forklaring av hvordan kunnskap kan overbringes fra et praksisfellesskap til et annet, forsøker Nygren og Wenger på litt ulike måter å vise hvordan sosiale og individuelle prosesser forutsetter hverandre.

Individer bærer med seg kompetansen fra en situasjon til en annen. Handlingskompetanser innebærer, i følge Nygren og Fauske, et lager av opparbeidet kunnskap og erfaring som potensielt kan benyttes i en hver situasjon (*allmenne potensielle kompetanser*). Denne generelle kompetansen er bygget opp av en rekke erfaringer fra tidligere kontekstspesifikke situasjoner, som er farget av omgivelsene så vel som av personens egne egenskaper (Nygren, 2004). Deler av den potensielle kompetansen dras med inn og benyttes i nye konkrete situasjoner og blir til *kontekstspesifikk* kompetanse, som i hvert enkelt tilfelle alltid delvis vil være ”ny” fordi den er tilpasset denne spesifikke situasjonen som aldri er helt lik tidligere situasjoner. Slik bygges den allmenne potensielle handlingskompetansen stadig opp. Enten bekreftes tidligere erfaringer, som styrker den tidligere tilegnede kunnskapen, eller så gir nye erfaringer nye innfallsvinkler til den allerede oppbygde handlingskompetansen. Slik tar man både hensyn til individets forutsetninger for og lagring av erfaringer fra situasjon til situasjon, samtidig som man ser at læring er kontekstuell preget og at hver nye situasjon er særegen.

Wenger skiller mellom *deltagelse* og *tingliggjøring*. Deltagelsen er beskrevet utførlig i forrige avsnitt. Tingliggjøring uttrykker hvordan et begrep festes til et ord, et symbol eller annet som gjør det overførbart til nye situasjoner. Tingliggjøringen er både en sosial og en individuell prosess. Kollektiv tingliggjøring gjelder blant annet det skrevne og uttalte språk (Rommetveit, 1996), mens den individuelle tingliggjøringen gjelder den mentale forståelsen og kategoriseringen av verden. Wenger poengterer hvordan deltagelse og tingliggjøring

forutsetter hverandre. Du kan ikke delta uten å abstrahere (tingliggjøre) dine erfaringer, det vil si kategorisere og befeste praksisen. Du kan heller ikke tingliggjøre og begrepsfeste dine erfaringer uten å delta i konkrete situasjoner. Wenger holder fast ved, som i sine tidligere arbeider med Lave, at individet vanskelig kan avgrenses fra sine omgivelser, fordi det alltid er et produkt av og en kilde til kollektiv samhandling. Likevel gir hans nyere analyser et tydeligere begrepsapparat for å forstå hvordan det enkelte mennesket har en egen kapasitet til å holde fast ved det som ellers ville være en flytende og kaotisk deltagelse. Språk, felles praksis og læring forutsetter både at man deltar i et fellesskap, men også at man deltar i en felles tingliggjøring, eller meningsdannelse av den praksisen man er en del av.

Læring som individuell refleksjon i praksis

Utviklingen av profesjonell kompetanse er ofte blitt beskrevet som en utvikling fra en utvendig refleksjon over praksis til en innvendig refleksjon i praksis (Schön, 1983; Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1998), eller fra en ytre til en indre forståelse om man vil. Donald Schön la vekt på læring som individuelle endringer, og var en av de første til å påvise at profesjonalitet i stor grad ligger i den profesjonelles evne til å kunne reflektere i handlingen (Schön, 1983). Den profesjonelle kompetansen ligger i evnen til intuitivt å vite hvordan handlinger skal utføres uten å tenke bevisst over hva som gjøres, eller på forhånd å ha bestemt seg for hvordan handlingen skal utføres (Lauvås & Handal, 2000). I forhold til en erfaren profesjonsutøver, vil en novise forholde seg til yrkesutøvelsen utenfra, og utføre handlingene nesten utelukkende ved hjelp av bevisstheten. Yrkesutøvelsen blir slik ofte mer ”keitete”, ikke så elegant og i visse tilfeller utilstrekkelig. Profesjonell utøvelse innebærer å takle unike elementer ved nye situasjoner, slik som en pasients tilstand, noe som krever en kreativ evne til stadig å oppfatte (nye) signaler, og handle og respondere raskt på disse. Refleksjonen sitter i kroppen, og er personlig på den måten at ”jeg” vil utføre handlingen noe ulikt fra ”deg”. Ved hjelp av gjentatte erfaringer, gjennom observasjon av veilederen eller andre erfarne utøvere, og gjennom felles refleksjon med veilederen, vil også den uerfarne veisøkeren etter hvert kunne utvikle evnen til refleksjon i praksis, gjøre yrket til sitt eget, og slik utvikle den personlige, profesjonelle ”touch”.

Refleksjonen peker enten hen på den umiddelbare praksisen den skjer i, som refleksjon i handling, eller på en praksis i en annen kontekst, som refleksjon over handling. En innvendig refleksjon i praksis vil berikes og utdypes av en stadig gjentatt refleksjon over praksis. Gulbrandsen viser hvordan dette skillet mellom refleksjon *over* og refleksjon *i* praksis er sentralt i tilegnelsen av yrkeskompetanse (Gulbrandsen, 1996). Han legger, i tråd med

teorien om situert læring (Lave et al., 1991), vekt på at *anvendelsen* av teorien, altså refleksjonen i praksis, først må læres (Gulbrandsen, 1996). Han mener at teori, forstått som refleksjon over (og forut for) praksis, relativt sett er gitt for stor vekt i yrkesopplæringene. Unn Stålsett argumenterer imidlertid for at refleksjonen som peker på praksisen i en annen kontekst også har stor verdi, selv om, eller kanskje nettopp fordi, den er en annen enn den umiddelbare refleksjonen som skjer i praksis (Stålsett, 2006). Også Schön presiserer behovet for en stadig refleksjon over egen praksis, og advarer mot å glemme å se seg selv og sin praksis utenfra uten stadig å vurdere om noe burde gjøres annerledes (Schön, 1983). Overgangen fra refleksjon over praksis til refleksjon i praksis er, i følge Stålsett, mer enn en bevegelse fra novise til ekspert, eller fra en ytre til en indre erkjennelse av kunnskap. De to ulike former for refleksjon gjenspeiler ulike former for kunnskap, som begge vil være nyttige i en selvstendiggjort og avansert yrkesutøvelse.

Læring eller samhandling

All samhandling innebærer læring (Nygren, 2004), i og med at aktørene alltid gjør nye erfaringer. Likeledes vil all læring innebære en form for samhandling. Likevel vil man ikke alltid definere alle former for samhandling som læring. Ole Dreier skiller mellom intendert læring og medlæring, der intendert læring innebærer den iscenesatte læring, og medlæring innebærer den stadige tilførsel av ny innsikt som følger med det å være et tenkende og reflekterende individ (Dreier, 1999). Sagt på en annen måte avhenger forskjellen mellom læring og annen samhandling av hvordan de deltagende aktørene opptrer og tenker i situasjonen. Der de deltagende aktørene mer eller mindre eksplisitt og hver for seg oppfatter at "her er vi til stede fordi noe skal læres", blir situasjonen en læringssituasjon. Aktørene i en læringssituasjon har en felles forståelse av og en forventning om at det er en eller flere i situasjonen som besitter bestemt kunnskap, bestemte erfaringer og bestemte ferdigheter som en eller flere andre er der for å tilegne seg. Lærere og studenter er det som Coser ville kalle "rollepartnere" (Coser, 1991); de er begge avhengige av hverandre for å kunne utøve sine roller. Studentens oppgave er å lære og lærerens oppgave er å undervise, selv om det ikke alltid betyr at det *er* studenten som lærer og læreren som underviser. I en skole, på et kurs eller på en forelesning vil både de fysiske omgivelser og de involvertes forventninger legge til rette for disse rollene.

I praktiske læringssituasjoner vil definisjonen av situasjonen være annerledes enn i en skolestisk setting. Da kan en og samme situasjon oppfattes ulikt for de enkelte aktører. I møte med en pasient kan for eksempel pasienten oppleve situasjonen som en behandlingssituasjon,

mens kollegene seg imellom er klar over at den yngre kollegaen er der først og fremst for å lære seg prosedyrer og ferdigheter (Kivle, 2008). Om en situasjon defineres som en læringssituasjon blir spesielt avgjørende i praksissituasjoner, der andre krav i situasjonen, slik som pasienters behandlingsbehov og behov for trygghet, vil være mer bestemmende enn studentenes behov for opplæring (Elle, 2000; Light, 1988). Et praksissted som sykehuset er en slags dobbel institusjon, en behandlingsinstitusjon og en (opp)læringsinstitusjon. Den er først og fremst opprettet og organisert for å være en klinisk organisasjon, men i noen grad er sykehuset også organisert med tanke på opplæringsoppgaven. På engelsk snakker man, typisk nok, om "teaching hospitals", og våre største sykehus heter nå "universitetssykehus". I de fleste praksissituasjoner, slik som i turnuslegens sykehuspraksis, vil målsettingen om læring likevel være underordnet andre mål, for eksempel om pasientbehandling.

3.5 Anvendelsen av disse perspektivene i min studie

I min studie av turnuslegers læring i praksis, har de tre begrepene praktisering, deltagelse og læring stått sentralt. Gjennomgående i alle de teoretiske drøftingene, er oppfatningen av at læring innebærer forhandling; forhandling om rolleutøvelse (artikkel 1), forhandling som kollektiv meningsdannelse tilknyttet refleksjon i praksis (artikkel 2), og forhandling som del av en lokalt tilpasset læringskultur (artikkel 3). På litt ulike måter ser jeg i de tre artiklene turnuslegenes læring som eksempel på en yrkesopplæring som først og fremst skjer i forhandlingene omkring situert deltagelse og praktisering.

Forhandlinger om turnuslegens roller som delvis student og delvis lege blir drøftet i artikkel én. Her viser jeg i tråd med interaksjonistisk kritikk av det funksjonalistiske rollesyn, at Cosers tolkning av turnuslegenes mellomposisjon, blir for begrenset. Med utgangspunkt i teatermetaforen til Goffmann, legger jeg vekt på hvordan turnuslegene manøvrerer forventninger til student- og legerollen i vekslingen mellom sykehusets scener (pasientinteraksjonen) og kulisser (kollegainteraksjon).

I artikkel to viser jeg behovet for at samtalene omkring praksis skjer på bakgrunn av en felles deltagelse i praksis. Turnuslegenes erfaringer fra veiledningsordningen ved sykehusene underbygger en oppfatning om at læring først og fremst er knyttet til konkrete situasjoner, og at den skjer gjennom en felles deltagelse i praksis. Den læring og oppfølging som skjer utenfor den konkrete kliniske praksis avvises likevel ikke helt. Jeg argumenterer imidlertid for at refleksjonen som skal skje over praksisen bør være knyttet til erfaringene fra refleksjon i praksis for å være relevant for det faglige utbyttet.

I både artikkel to og tre legger jeg vekt på hvordan standardiserende og forhåndsdefinerte begreper om læring kommer til kort når målet er å oppnå en personlig, situert og individuelt tilpasset refleksjon i praksis. Her tar jeg tak i problemer knyttet til å overføre *tingliggjøring* og dermed kategoriseringer fra en lokal praksis til en annen. Tingliggjøringen får ulik mening gjennom de konkrete forhandlinger i det enkelte praksisfellesskapet. I artikkel tre viser jeg hvordan en ensidig vektlegging av tingliggjøringen i formelle styringsverktøy kan gi sterk motivasjon i praksisfellesskapet av leger for å dreie aktiviteten i den enkelte situasjon mot det som kan rapporteres. De forhåndsdefinerte rapporteringskategoriene har begrenset mulighet for å ivareta dynamiske og situasjonstilpassede læringsprosesser. Behovet for individuell tilpasning får dermed mindre plass i den enkelte lokale forhandlingssituasjon.

4. Studien

4.1 Introduksjon

4.1.1 Studiens oppbygging

I dette kapitlet redegjør jeg for innsamlingen av data, analysene av resultatene og noen vitenskapsteoretiske avveininger.

En casestudie og en nasjonal spørreundersøkelse blant ett semesterkull med turnusleger utgjør datagrunnlaget for denne studien. Casestudien ble utført ett år før spørreundersøkelsen ble sendt ut. Analysene av datamaterialene har imidlertid skjedd parallelt, og resultatene som foreligger er et resultat av stadige vekslinger mellom innsikten fra den deltagende observasjonen, tolkning av resultatene fra spørreundersøkelsen og ny innsikt i teoretiske perspektiv.

Casestudien hadde et eksplorerende design. Målet med datainnsamlingen var å få en så helhetlig og ”innvendig” forståelse av turnuslegenes situasjon som mulig. Det ble imidlertid helt fra starten lagt spesielt merke til hvilke deler av praksisen som bidro til gode læringssituasjoner.

I spørreundersøkelsen utgjorde erfaringene fra observasjonen, intervjuer med turnusleger og samtaler med involverte parter i turnustjenesten utgangspunktet for utarbeidelsen av spørsmålene som ble stilt. Det ble et poeng å undersøke om blant annet veiledningsordningen, turnuslegenes mulighet til å slippe til og deres deltagelse på ulike arenaer hadde effekt på turnuslegenes vurdering av eget kompetansenivå og tilfredshet med faglig utbytte. I analysene og fortolkningene av de statistiske sammenhengene ble erfaringer fra observasjonen igjen trukket inn.

I artiklene er det kvalitative og kvantitative datagrunnlaget presentert og analysert hver for seg. Også i dette kapitlet presenterer jeg de to innsamlingsprosessene og analysene separat. Til slutt i kapitlet vil jeg likevel gjøre noen betraktninger som går på tvers av de ulike metodene, som viser at metodetrianguleringen, forstått som kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ metode, gir ulike muligheter og utfordringer.

4.1.2 Forskerrollen og egen forforståelse

Forskerens forforståelse vil ha en innvirkning på forskningsprosjektet. Likevel blir forforståelsen ofte underkommunisert i presentasjoner av vitenskapelige resultat, kanskje spesielt i forbindelse med kvantitative datainnsamlingsmetoder. For å kunne vurdere validiteten i et forskningsforløp er det viktig å gjøre det klart for leseren, og for forskeren

selv, hvilke relevante erfaringer forskeren har fra temaet som skal utforskes, og hvordan dette har påvirket forventninger og kategorisering av fenomener i forskningsprosjektet.

Min forforståelse av leger og legers kultur preges av egne familiære relasjoner. Tre leger i nær familie har gitt meg innsikt i deres verden gjennom lange samtaler og diskusjoner om jobb og utfordringer i legeyrket. Deres ulike erfaringer fra turnustjenesten så vel som fra senere yrkesliv har vist hvordan det kan oppleves å være lege, hva som er de største utfordringene leger møter og hva de opplever som viktig og mindre viktig. I motsetning til en del andre forskere innenfor medisinsk læringssosiologi, har jeg ikke selv helsefaglig bakgrunn, og har slik ikke selv kjent på kroppen stress og mestring i kliniske og fagfelleskaplige situasjoner (Akre, 2003; Sinclair, 1997). Min kombinasjon av nærhet og distanse til feltet har samtidig sine fordeler (Repstad, 1998). Nærheten har gitt meg en relativt inngående innføring i legenes livsverden, samtidig som sosiologien har gitt meg både evne til og interesse for å vurdere den kulturen jeg vokste opp med, utenfra. Jeg begynte som sosiologistudent å legge merke til hvordan legene rundt meg var sosialisert inn i sin yrkesgruppe, hvordan de formulerte seg, diskuterte seg imellom og generelt opptrådte. Dette førte igjen til at jeg dannet meg oppfatninger, ”teorier”, om leger og legers atferd, ”teorier” som igjen gav premisser for å se nøyere og på nye måter, og å stille nye og annerledes spørsmål – til og om legene.

Gjennom hovedfagsstudiene i sosiologi og gjennom PhD-studiene har jeg fått en bredere og dypere innsikt i helsevesenets oppbygning og virkemåte. I hovedfagsstudiet fikk jeg mulighet til å intervju leger om deres arbeidssituasjon og hva de opplevde som viktige utfordringer på sykehusavdelinger (Kivle, 2004). Her bygget perspektivet på de beskrivelsene legene selv gav av sin situasjon. Jeg fikk se medisinen og helsevesenet innenfra og nedenfra. Gjennom tilknytningen til Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, hvor dette arbeidet er utført, har jeg fått innsikt i forskning og perspektiver på helsevesenet sett fra et mer overordnet, politisk-administrativt ståsted. Med utgangspunkt i disse to perspektiver, nedenfraperspektivet og ovenfraperspektivet, har jeg forsøkt å danne meg et eget, integrert perspektiv.

Forforståelsen, tidligere erfaringer og samtaler med veiledere og andre har vært med på å bestemme valg av tema, fremgangsmåte og forskningsdesign i denne studien. I det følgende avsnitt drøfter jeg hvilke valg som er tatt, og hvilke muligheter og begrensninger disse valgene har gitt.

4.2 Casestudien, lokalsykehus i Helse Øst

4.2.1 Caset

En casestudie forstås her som ”en dyptgående studie av en enhet, der målet er å kaste lys over karakteristiske trekk og generelle fenomen som man kan finne i denne og lignende enheter” (fritt oversatt fra Gerring, 2004). I en casestudie benyttes (*som oftest* jfr Gerring, 2004) forståelsesorienterte metoder, ikke kausalmodellerende, statistiske metoder, for å avdekke forhold ved et avgrenset case. Her omfatter caset ett lokalsykehus i Helse Øst våren 2005.

Utvalg

Datainnsamlingen fra caset omfattet seks forhåndsintervjuer og fem uker med deltagende observasjon. Jeg intervjuet, deltok og observerte ved tre avdelinger ved et lokalsykehus i Helse Øst. Datainnsamlingen fant sted i februar og mars 2005. Caset omfattet i alt seksten personer; de fjorten turnuslegene som hadde praksis der jeg observerte, i tillegg til to turnusleger, en kvinne og en mann, som ble intervjuet ved slutten av sin praksis i februar 2005. De 14 turnuslegene jeg observerte var fordelt på medisinsk og kirurgisk/ortopedisk avdeling. Det var 5 mannlige og 9 kvinnelige turnusleger.

Tilgang til feltet

Kjennskap til sykehusledelsen gjorde det relativt lett å få innpass ved de ulike avdelingene der turnuslegene praktiserte. Temaet for forskningsprosjektet, *læring i praksis for turnusleger*, var ikke et spesielt kontroversielt tema, og det var lett å bli akseptert for min tilstedeværelse.

Etiske forpliktelser

Før intervjuene og observasjonsperioden begynte, hadde jeg skrevet under på taushetspliktskjema for ansatte ved sykehuset.

Et godkjent skjema for informert samtykke ble presentert for den enkelte turnuslege i forbindelse med observasjonene (vedlegg 1). Enkelte skrev under og returnerte til meg. Andre leste igjennom og bekreftet muntlig at de godtok mitt nærvær. I intervjuene ble prosjektene presentert muntlig første gang jeg tok kontakt og i begynnelsen av intervjuene, og turnuslegenes oppmøte til intervju ble oppfattet som et samtykke til å være med i forskningsprosjektet. På den enkelte avdeling hang jeg opp skriftlig informasjon om prosjektet mitt, slik at også andre leger kunne lese om hvem jeg var og hva jeg gjorde der.

Forhåndsintervjuer

Seks semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i februar 2005 (intervjuguide, vedlegg 2); to av turnusleger ved slutten av deres sykehuspraksis, to av turnusleger i midten av deres praksisår og to av turnusleger i uken før de skulle begynne i sykehuspraksis. To av de intervjuede var kvinner, og fire var menn. Jeg kontaktet turnuslegene ut fra telefonlisten for turnusleger ved sykehuset. Intervjuene varte mellom tretti minutter og en time. To intervjuer ble gjort over telefon mens fire ble gjennomført på et kontor ved sykehuset. Hvert intervju ble innledet ved at jeg som forsker presenterte meg selv og prosjektet og forklarte hensikten med intervjuet. Fremdriften i intervjuet ble styrt av intervjuguiden som var utarbeidet på forhånd (vedlegg 2).

De erfarne turnuslegene fortalte meg om hvordan de hadde opplevd tjenesten i store trekk, hva de opplevde som problematisk og hva de opplevde som ”gode læringssituasjoner.” Turnuslegene som ennå ikke hadde begynt praksisen fortalte meg om sine forventninger til sykehuspraksisen. Disse intervjuene ble ikke systematisk brukt i analysene og fortolkningen av dataene i etterkant, men fungerte som en del av min for forståelse for feltet som jeg noen uker senere gikk inn i for å delta og observere i.

Avdelingene

Jeg deltok og observerte ved i alt tre avdelinger; medisinsk, kirurgisk og ortopedisk avdeling.

Medisinsk avdeling

Den medisinske avdelingen var den største, i form av antall leger som jeg observerte på morgenmøter og i arbeidet ellers. Den var delt i underenheter, blant annet enheter for lunge/hjerte-sykdommer, infeksjonsmedisin og generell indremedisin. Turnuslegene praktiserte ved medisinsk avdeling i seks måneder.

I akuttmottaket var det et tredelt vaktssystem, der en turnuslege som regel hadde førstevakt, en assistentlege hadde andrevakt og en overlege hadde tredjevakt. Førstevakten ringte på andrevakten når viktige avgjørelser og vurderinger skulle gjøres. I spesielle tilfeller ble også overlegen tilkalt for å gjøre en vurdering av pasienter og den videre behandling.

På sengepostene hadde turnuslegene i oppgave å følge en assistentlege eller selv å gå visitt, det vil si å se til hver enkelt inneliggende pasient på posten. Visitten ble gjennomført på formiddagene. Før visitten møttes legene til previsitt, der sykepleierne og alle legene på posten den dagen gikk igjennom pasientlisten, diskuterte hva som skulle gjøres videre og hvem som kunne skrives ut. Etter visitten bestod arbeidet på posten i å følge opp behandling

av pasientene, fylle ut nødvendige skjemaer eller annet forefallende arbeid. Etter at det nødvendige arbeidet var gjennomført, hendte det at legene på post gikk ned til akuttmottaket, der arbeidspresset syntes å være større, for å hjelpe den som hadde vakt.

Rapporteringsmøtene på medisinsk avdeling bestod av morgenmøtet, der alle legene på avdelingen møtte opp, previsitter på den enkelte post, og ettermiddagsmøter for de som hadde vært og skulle på vakt, der man gjennomgikk de siste innkomne pasienter og eventuelle aktuelle utfordringer.

Morgenmøtene begynte 07.30. Det kunne være mellom 30 og 40 leger til stede på disse møtene. Her rapporterte førstevakten sammen med andrevakten om siste døgns innkomne pasienter. På morgenmøtet var det innebygd en 20 minutters internundervisning der ulike relevante tema ble tatt opp. Som oftest ble undervisningen gitt av leger ved avdelingen. Jeg ble også bedt om å presentere mitt prosjekt på et slikt møte. Etter morgenmøtene ble det i de to første ukene arrangert innføringskurs for turnuslegene, og for de studenter som hadde praksis i denne perioden. Undervisningen innebar å lære tolkning av elektrokardiogrammer (EKG), å få en innføring i radiologisk avdeling eller andre samarbeidsenheter, og andre relevante tema.

Kirurgisk og ortopedisk avdeling

På kirurgisk og ortopedisk avdeling var det noe mindre forhold enn på medisinsk avdeling. Spesielt var ortopedisk avdeling liten. Den bestod av rundt 12 personer. På de kirurgiske morgenmøtene møtte rundt 20 leger opp. Kirurgisk avdeling bestod av sengepost, poliklinikk og dagkirurgisk enhet. Ortopedisk avdeling bestod likeledes av sengepost, poliklinikk og dagkirurgisk enhet. Turnuslegene fordelte seg mellom kirurgisk og ortopedisk avdeling, med ca tre måneder på hvert sted. De delte imidlertid vaktansvaret for innkomne kirurgiske pasienter i akuttmottaket, og fulgte samme kurs de første ukene. Jeg forholdt meg derfor til dem som en enhetlig turnuslegegruppe.

Turnuslegene på kirurgisk og ortopedisk avdeling hadde i likhet med turnuslegene på medisinsk avdeling ansvar for førstevaktene i akuttmottaket. De tok seg da av de kirurgiske tilfellene som kom inn, slik som brukne armer og ben. Også her hadde førstevaktene en bakvakt som de kunne ringe til for assistanse. Assistentlegene var da som regel på operasjoner og det hendte ofte at turnuslegen måtte vente en god stund på en assistentlege.

Turnuslegene hadde også ansvar for polikliniske pasienter. Som oftest innebar det pasienter som hadde time til operasjon senere. Disse skulle først undersøkes og det skulle

vurderes om de var friske nok til å gjennomgå operasjonene og om de ville kunne få narkose eller annen smertelindring under operasjonen.

Morgenmøter på kirurgisk og ortopedisk avdeling lignet møtene på medisinsk. En av legene hadde en kort presentasjon av et relevant tema før nattens innkomne pasienter ble gjennomgått. Etter morgenmøtet gikk alle legene fra møterommet til radiologisk avdeling der en radiolog presenterte de røntgenbilder som var tatt av pasienter siste døgn. Kursene for turnuslegene på kirurgisk/ortopedisk avdeling innebar blant annet gipsekurs og annen innføring i enkel kirurgi.

Deltagelse og observasjon

Jeg deltok og observerte ved alle de tre avdelingene der turnuslegene deltok i arbeidet. Jeg var med på morgenmøter på alle tre steder, og fulgte turnuslegene fra alle de ulike avdelingene, i akuttmottak, i poliklinikk og på post.

Jeg fulgte som regel etter en og en turnuslege fra morgenmøte til tidlig ettermiddag de fleste dager. Enkelte dager var jeg til stede på ettermiddagsvaktene i akuttmottaket for medisinske eller kirurgiske turnusleger, og jeg var med på en nattevakt. Jeg var også med på kursvirksomheten som turnuslegene deltok på og observerte enkelte uformelle ”gruppesamlinger” dem imellom på turnuslegekontoret eller i gangene når de innimellom hadde noe ekstra tid. Min rolle var stort sett å henge på og løpe ved siden av turnuslegen. Når jeg var med inn til pasienter spurte turnuslegen pasienten først om det var greit at jeg var til stede, og som oftest var det uproblematisk. Men enkelte ganger når spesielt nærgående undersøkelser skulle utføres ble turnuslegen og jeg enige om at jeg kunne vente på gangen. Jeg fikk noen ganger enkle oppgaver, som å hente utstyr eller bære bøker. Det var ofte fint å kunne gjøre noe nytte for seg.

På legekantorene i akuttmottaket og på postene fikk jeg mulighet til å snakke med turnuslegene og andre legekolleger. Jeg spurte ofte turnuslegene, ”hva synes du at du lærte av denne situasjonen?”, og jeg spurte avdelingenes leger og sykepleiere hvordan de syntes det var å samarbeide med de ferske turnuslegene. Turnuslegene og deres erfarne kolleger gav meg slik et innblikk i deres hverdag og i deres egen fortolkning av situasjonene de var oppe i.

4.2.2 Analyse

Analysen av dataene begynte allerede i formuleringen av spørsmålene til turnuslegene før observasjonen, og fortsatte under observasjonen og i nedskrivningen av observasjonene og vurderingene. Analyseprosessen i fortolkende metode har mange likhetstrekk med det Wenger

betegner som tingliggjøring. Tingliggjøring er noe enhver deltagende aktør foretar i sosiale samhandlingssituasjoner⁶ (Wenger, 2004). Analysen av et foreliggende datamateriale i en vitenskapelig datainnsamling bør imidlertid så langt det er mulig følge en strukturert og etterprøvbar fremgangsform. Kvaless tredelte inndeling for analyser av intervjudata; *strukturering*, *kategorisering* og *fortolkning*, kan også fungere i presenteringen av analyseprosessen jeg foretok, selv om analyser av observasjoner krever bruk av litt andre teknikker enn analyse av intervjuer gjør (Akre, 2003; Kvale, 1997).

Strukturering

Spørsmålene til intervjuguiden ble til ut fra en generell nysgjerrighet for hva turnuslegene opplevde som de viktigste erfaringene fra praksisen, og for hvilke forventninger de hadde til praksisen. Spørsmålene var med på å strukturere intervjuene og virket retningsgivende for hva jeg oppfattet som sentrale tema å ta med inn i observasjonene.

Struktureringen er annerledes ved bruk av observasjonsmetoden enn ved bruk av en intervjuundersøkelse (Repstad, 1998). Forskeren som skal delta og observere er avhengig av hvor og hvordan den eller de som observeres beveger seg i sin virkelighet. Samtidig filtrerer forskeren automatisk, ved at oppmerksomheten ledes mot enkelte deler av den virkeligheten som observeres. Struktureringen skjer dermed gjennom forskerens interesser. I mitt tilfelle hadde jeg allerede før observasjonen begynte, fattet interesse for hvordan læring i praksis fant sted i turnuspraksisen.

Den *strukturerte* analysen tok for alvor til i det jeg begynte å notere ned det jeg observerte. Dokumentasjonen fra den deltagende observasjonen ble til ved at jeg skrev ned de umiddelbare inntrykk og refleksjoner jeg erfarte i møtet med turnuslegenes hverdag. Når en dag med observasjon var over, renskrev jeg notatene på datamaskin. Jeg delte teksten i to, og skilte mellom rene beskrivelser og egne vurderinger (Thagaard, 1998). Observasjonsnotatene utgjorde til slutt 40 sider. I tillegg hadde jeg samlet inn vaktlister og kursmateriell fra feltet.

Kategorisering

Observasjonsnotatene ble analysert manuelt ved at jeg gjennomgikk teksten gjentatte ganger og markerte sitater eller observasjoner som underbygget ulike kategorier.

Selv om forskningsprosesser aldri er så skjematiske som modellene tilsier, kan det også i bearbeidelsene av mitt materiale være riktig å beskrive prosessene som hermeneutiske

⁶ Jfr. Avsnittet om læring i kapittel 3

fortolkninger (Fangen, 2004; Wadel, 1991), som vekslinger mellom helhetsanalyser og detaljanalyser. Fremveksten av forståelsen for turnuslegenes vekslinger mellom arenaer som *backstage* og *frontstage*, har for eksempel skjedd gjennom en langvarig og langt fra strømlinjeformet utvikling. Det jeg først oppfattet som et pussig særpreg – den magiske overgangen fra utenfor til innefor undersøkelsesrommet, vokste etter hvert til å bli en sentral del i min oppfatning av betydningen av legenes skifte fra kulissene til scenen, fra studerende til praktiserende og fra refleksjon *over* til refleksjon *i* handling (artikkel 1 og 2 er resultater av denne prosessen).

Enkelte begreper som først ble tatt i bruk, ble forkastet. Jeg var for eksempel i en periode opptatt av å finne tegn i teksten etter spenningen mellom kategoriene ”selvstendighet” og ”programmert atferd” i turnuslegens læring. Disse kategoriene viste seg ikke å gi noen systematiske eller tydelige mønster, og kunne dermed ikke forfølges videre.

Begrepsbruken og kategoriseringen forenkler virkeligheten (Fangen, 2004). Hermeneutikken forholder seg utelukkende til de bevisste og kognitive forståelsesprosesser, og er dermed også bundet og betinget av begrepene som benyttes (Nortvedt & Grimen, 2004). For eksempel skal ikke beskrivelsen av turnuslegens læring som noe som skjer i ”frontstage” og ”backstage” oppfattes som virkeligheten, men heller som begrepsfesting av den virkeligheten som beskrives. Vurderingen av hvor godt disse begrepene (frontstage og backstage) fanger virkeligheten må derfor stadig gjentas, slik jeg viser under avsnittet om validitet. Når de benyttes kritisk, kan kategoriene være med og løfte frem sider ved virkeligheten som gjør enkelthistoriene relevante også utover seg selv (Burawoy, 1991; Gerring, 2004).

Fortolkning

En vitenskapelig fortolkning av tekst, som artikkel 1 er et eksempel på, kan vurderes ut fra hvor nær den ligger deltagernes egen fortolkning og begrepsbruk, eller hvor nær den ligger en teoretisk modell (Fangen, 2004). Enkelte samfunnsvitere forfekter at vitenskapen skal beskrive virkeligheten så detaljert og nært opp til deltagernes perspektiv som mulig, i sosialantropologien betegnet som ”grounded theory”, eller ”aktørorienterte fortolkninger” (Fangen, 2004). Den andre ytterlighet er vitenskapsidealet som hevder at vitenskap innebærer å utvikle universelle lover ved å teste teoretiske modeller og kategorier på empiriske data (Iversen & Holm, 2005).

Fortolkninger av andre grad (Fangen, 2004) er vitenskapsteoretiske modeller som erkjenner at vitenskap er en krysning mellom teoretiske tradisjoner og ny empirisk innsikt.

Fangens begrep om andre grads fortolkning er en *mellom*posisjon, mellom førstegrad, som innebærer et ideal om å gi beskrivelser tilnærmet deltagerens egne umiddelbare fortolkninger, og tredjegrads fortolkning som ligner kritisk teori der avdekking av underliggende maktstrukturer er målet for fortolkningen (Willmott, 2003). Andregradsfortolkning innebærer å distansere seg fra deltagerens perspektiv, og bringe inn allerede eksisterende teorikonstruksjoner i fortolkningen av deltagerens virkelighetsforståelse (Fangen, 2004).

Å løfte empiriske data ut av sin helt spesielle kontekst, og forsøke å avdekke mønster som kan ha overføringsverdi til lignende situasjoner eller sosiale prosesser, er et ideal for store deler av samfunnsvitenskapen (Burawoy, 1991; Repstad, 1998).

Andregradsfortolkninger har vist seg å være til nytte både for de deltagerne i feltet som har interesse av å se sin situasjon ”utenfra”, og for forskningen på feltet ellers. Fortolkningen som er gjort i artikkel 1 viser et eksempel på hvordan empiriske kategoriseringer kan gi nye innspill til teoretiske diskusjoner, samtidig som de teoretiske diskusjonene er til hjelp for å kategorisere en ellers kaotisk virkelighet.

Datapresentering

Data fra casestudiet blir analysert og presentert gjennom beskrivelser av turnuslegenes bevegelser mellom arenaer i sykehusorganisasjonen, og hvordan de lærer og opptrer i denne vekslingen (Kivle, 2008). Først beskriver jeg de ulike arenaene, morgenmøter, previsitter, og akuttmottak. Deretter viser jeg hvordan turnuslegene samhandler med aktørene på de ulike arenaene. Slik argumenterer jeg for betydningen av bevegelsene fra den ene til den andre arena for turnuslegenes læring.

Anonymisering

For å bevare turnuslegenes og de andre legenes anonymitet har jeg valgt ikke å navngi sykehuset eller enkeltpersoner i artikkelen eller avhandlingen. For å begrense muligheten for gjenkjennelse⁷ laget jeg ingen presentasjon av den enkelte turnuslege. Det var heller ikke viktig for å få frem funnene. For å personliggjøre erfaringene konstruerte jeg likevel to fiktive representanter for turnuslegene på henholdsvis kirurgisk og medisinsk avdeling, som ble kalt *Kiruna* (for kirurgisk) og *Medina* (for medisinsk turnuslege) (Kivle, 2008).

⁷ Antallet mulige sykehus som jeg beskriver er få, og lesere med god kjennskap til sykehusene i Helse Øst vil kunne avgrense mulighetene til kanskje tre-fire sykehus. Slik er det svakheter ved anonymiseringen av en slik studie.

4.2.3 Casestudiens validitet

Gyldigheten og troverdigheten av resultatene som presenteres avhenger av hvor etterrettelig datainnsamlingen har vært, hvor målbare fenomenene som beskrives kan være, og hvor godt virkeligheten samsvarer med beskrivelsene av den. Troverdigheten og relevansen av resultatene henger også sammen med funnenes overførbarhet, altså hvor sannsynlig det er at de avdekkede fenomenene vil finnes i andre, lignende case. Mange har forsøkt å distansere kvalitetssikringen av kvalitative metoder fra kravene som stilles til kvantitative metoder (Fangen, 2004). Selv om innsamlingsmetodene og målet for datainnsamlingen vil være ulik for de ulike metodene, kan kravene om etterprøvbare likevel kunne sees i sammenheng, slik jeg argumenterer for senere. I avsnittene nedenfor benytter jeg begrepene for kvalitetssikring fra Cook og Campbell (1979), som ofte er brukt for statistiske analyser; reliabilitet, begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet, og tilpasser dem til de krav som stilles til kvalitative metoder (Lund, 2004).

Intern validitet

Intern validitet er et uttrykk for hvorvidt man måler det man ønsker å måle (Fangen, 2004; Cook & Campbell, 1979). I den deltagende observasjonen er den interne validitet relativt høy. Andre potensielt forstyrrende forhold, som spørsmålsstillinger eller eksperimentelle påvirkningsfaktorer er ikke til stede der forskeren observerer virksomhet i sine naturlige omgivelser. Man vil imidlertid kunne få en forskningseffekt ved at forskerens tilstedeværelse i seg selv kan virke inn på de andre, og egentlige, deltagernes handlinger og forståelser av det som skjer. De vet at de blir iaktatt, og det endrer deres situasjon. I mitt tilfelle ville overordnede som visste at jeg fulgte turnuslegene for å se på ”hvordan de lærer”, i større grad enn ellers kunne ta seg tid til å forklare ting for turnuslegene og kanskje anlegge en hyggeligere tone enn vanlig, mens turnuslegene kunne virke mer interessert enn de ellers ville ha vært. Enkelte sa til og med rett ut at ”du skal vite at jeg skjerper meg litt ekstra med deg til stede”. Etter en tid, da jeg hadde vært i miljøet en stund og folk kjente ansiktet mitt, ble det mindre oppmerksomhet omkring meg. Da avtok nok også ”skjerpelsen” etter hvert. Det bidro til det samme at den daglige driften var så preget av krevende oppgaver og tidspress at jeg lett ble ”glemt”.

Ekstern validitet

Ekstern validitet er et uttrykk for i hvilken grad funn fra én undersøkelse samsvarer med funn fra andre, lignende undersøkelser, og hvorvidt funnene er relevante for andre populasjoner og

utvalg. Overførbarhet handler på den ene side om den intersubjektive forståelsen av begrepene som benyttes, og på den andre side om hvor relevant de fenomener som blir avdekket er for andre settinger.

Reliabiliteten faller inn under ekstern validitet, fordi den dreier seg om hvorvidt målingene som er gjort kan gjøres igjen med tilnærmet samme resultat, og om måleredskapene er uavhengig av personene som benytter dem. Målet med tolkninger av kvalitative data vil ikke, på samme måte som ved statistiske analyser, være å komme frem til en uavhengig og objektiv forståelse av et fenomen. Målet, kan man si, er i stedet å komme frem til tolkninger som ikke andre, uavhengige observatører av den samme virkelighet, gjennom sine fortolkninger og oppdagelser kunne finne empirisk eller logisk *ugyldige*, (Fangen, 2004). Kvalitetssikringen må derfor i stor grad sørges for gjennom at forskeren gjengir den prosessen som hun/han har gjennomgått så detaljert og samvittighetsfullt som tiden og plassen tillater - som jeg håper jeg har gjort i de foregående avsnittene. På den måten, gir forskeren andre forskere mulighet for kritisk å prøve hennes eller hans vurderinger og slutninger.

Det skal være et rimelig samsvar mellom de observasjoner som er gjort, og den fortolkningen som gjøres av dem. Det er imidlertid ikke åpenbart at målet er å oppnå en Habermasiansk enighet om tolkningen av dataene. Mange vil hevde at en fruktbar uenighet innenfor et (kvalitativt) forskningsfelt er vel så bra som en full enighet mellom kompetente forskere. En viss uenighet er en spore til videreutvikling; enighet kan virke bremsende på den videre utvikling (Fangen, 2004). Kathrine Fangen argumenterer for at en presentasjon av ulike måter å forstå og fortolke dataene på vil være en måte å gjøre leseren bedre i stand til selv å gjøre seg opp en mening om hva som kan være en fornuftig fortolkning. Slik går hun bort fra at det finnes noen riktigere fortolkninger enn andre, og går ut fra at hver enkelt må gjøre seg opp sin mening og argumentere for den. Et slik standpunkt innebærer en viss fare for å ende i relativisme, der alt er riktig og ingenting er galt. Selv om det er god grunn til å hevde at en universal enighet om fortolkningen av et materiale ikke er mulig, vil det likevel være slik at logiske resonnement og forståelsesrasjonalitet kan legge premisser for hva som kan oppfattes som en rimelig fortolkning. Både deltagere og medforskere vil kunne basere sine innvendinger på slike allmenngyldige logiske resonnement i sin korreks av den kvalitative forskningen.

Generaliserbarhet (eller *overførbarhet* (Thagaard, 1998)) angir gyldigheten av funnene fra det enkelte caset for andre lignende case eller enheter. Utvalgsmetoder er her en helt annen enn i statistiske undersøkelser, og gyldigheten kan ikke sikres gjennom

sannsynlighetsberegninger. Målet blir i stedet å trekke frem generelle mekanismer som sees i det enkelte caset, og som gir gjenkjennelse og gjenklang på tross av det enkelte casets særegenheter (Burawoy, 1991; Repstad, 1998). Den eksterne validiteten av mine funn og vurderinger avhenger derfor av i hvilken grad andre personer som har observert eller deltatt i turnustjenesten i andre sykehus, eller i andre arenaer for praksislæring, kjenner seg igjen i mine funn og vurderinger.

4.3 Spørreskjemaundersøkelsen

4.3.1 Materialet og utvalg

Spørreundersøkelsen ble gjennomført blant ett semesterkull med turnusleger våren 2006. Navnelister ble hentet fra SAFH (Statens Autorisasjonskontor For Helsepersonell). Alle turnusleger, 350 i alt, var målgruppen, men kun 310 fikk til slutt spørreskjemaet tilsendt. De resterende 40 var enten i permisjon, hadde av annen grunn ikke gjennomført praksisen, eller var umulig å oppspore med tilgjengelige virkemidler.

Av de 310 turnusleger som mottok skjemaet svarte 71 %, det vil si 220. Både kjønn og den geografiske fordelingen var blant svarerne ikke ulik fra kullet i sin helhet, altså populasjonen. 47,7 % av svarerne var kvinner og 50,5 % menn. Kanskje betyr det at det i dette utvalget var en viss overrepresentasjon av menn, når vi ser av annen statistikk at trenden de siste årene har vært en kvinneandel på mellom 50 og 60 % (se Tabell 1 i kap.2). Hver helseregion var representert i samsvar med fordelingen av turnusplasser i populasjonen ellers med henholdsvis 18,1 % fra Helse Nord (16,9 % av populasjonen), 17,2 % fra Helse Midt-Norge (17,3 % av populasjonen), 19,1 % fra Helse Vest (18,0 % av populasjonen), 20,4 % fra Helse Sør (20,2 % av populasjonen) og 25,4 % fra Helse Øst (27,6 % av populasjonen).

4.3.2 Datainnsamling

Spørreskjemaet bestod av 46 hovedspørsmål, der noen av spørsmålene var delt i fem til åtte underspørsmål (Vedlegg 3). Spørsmålene ble utarbeidet og formulert på bakgrunn av erfaringene fra casestudien, og ut fra interessen for mulige sammenhenger mellom impulsene turnuslegene hadde fått under sykehuspraksis og utbyttet av praksisen. Spørsmålene dreiet seg om frekvensen og vurderingen av ulike forhold ved sykehuset turnuslegene hadde tjenestegjort ved, slik som mottagelse, undervisning, overordnede involvering i opplæringen og selvstendighet i arbeidet. Jeg ba også om turnuslegenes vurdering av egen egnethet for

yrket på spørretidspunktet, samt deres vurdering av utbyttet av enkeltdeler og av sykehuspraksisen sett under ett.

En rekke beskrivelser av enheten de hadde forholdt seg mest til ble hentet fra en svensk undersøkelse om kulturer ved sykehusavdelinger (Eriksson, 2005). Turnuslegene ble bedt om å vurdere hvor godt beskrivelsene passet med deres egne erfaringer fra deres enhet. Likeledes ble spørsmål for å vurdere det faglige utbytte innen ulike deler av turnustjenesten hentet fra veiledningen for turnus (Turnusrådet 2005).

4.3.3 Statistisk analyse

Logistisk multinominal regresjonsanalyse

Sammenhengen mellom variabler som beskriver benyttede læringsverktøy og turnuslegenes vurdering av faglig utbytte, er i artikkel to ("veiledningsartikkelen") analysert ved hjelp av logistisk multinominal regresjonsanalyse i SPSS 14.0.

Logistisk multinominal regresjonsanalyse egner seg som statistisk analysemetode når flere faktors påvirkning på (en eller flere) kategoriske avhengige variabler skal sammenlignes (Norusis, 2008; Tufte, 2000). Vanlig regresjonsanalyse forutsetter at variablene er kontinuerlige, altså minimum på forholdstallsnivå (Benestad & Laake, 2005). Fordi "mine" variabler stort sett er på ordinale nivå, egner de seg i utgangspunktet ikke for regresjonsanalyser i sin enkleste form. I logistisk regresjon forholder man seg imidlertid til oddsen (sannsynligheten) for ulike utfall på den avhengige variabelen (Tufte, 2000). Ved å bruke logaritmen til oddsen, logoddsen, styrer man unna de største problemer knyttet til kategoriske data i regresjonsanalyser (Tufte, 2000). Ved å forholde meg til endring i logoddsene kan jeg regne ut logitkoeffisienter. Koeffisientene sier noe om forholdet mellom en bestemt verdi på den uavhengige variabelen, for eksempel ingen kurstimer, og referanseverdien på den samme uavhengige variabelen, for eksempel fem kurstimer eller mer. Fortegnet på koeffisientene viser om sannsynligheten for å få en bestemt verdi på den avhengige variabelen går opp eller ned, og om forskjellen i sannsynlighet er statistisk forskjellig fra null.

Variablene jeg benytter er ordinale. Informasjonen om rangeringen av verdiene i forhold til hverandre blir imidlertid ikke utnyttet i den multinominale regresjonsanalysen, som bare forutsetter at verdiene på variablene er uavhengige av hverandre (nominale). Kravet om parallellitet, som må være til stede for å kunne benytte ordinal regresjon⁸, oppfylles imidlertid ikke. Derfor benyttes analyser beregnet på nominale variabler. Vi får likevel en

⁸ Se Norusis (2008) for mer detaljert diskusjon omkring parallellitetskriteriet

tilfredsstillende kartlegging av endringen i sannsynlighet på den avhengige variabelen (artikkel 2).

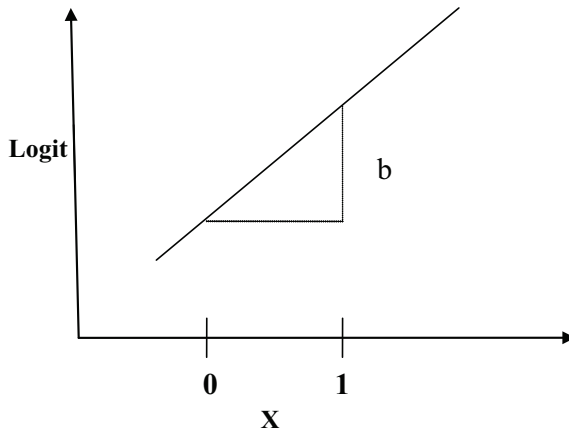
Formelen for en multinomisk logistisk regresjonsmodell ser slik ut (Tufte, 2004):

$$\ln \left[\frac{P(Y = j_i)}{1 - P(Y = \text{referanse})} \right] = b_{0i} + b_{1i} x_1 + b_{ni} x_n + e$$

Når den avhengige variabelen har mer enn to verdier (venstresiden i ligningen), må man i stedet for å regne ut oddsen for at en egenskap er tilstede mot oddsen for at den ikke er tilstede, heller se på forholdet mellom to og to verdier, det vil si $Y = j_i$ i forhold til $Y = \text{referanseverdien}$ i ligningen. Venstresiden i likningen (Logiten) viser logaritmen av sannsynligheten (p) for å få den aktuelle verdien j på den avhengige variabelen delt på sannsynligheten for å ikke få referansekategorien i den avhengige variabelen. Logiten går fra minus uendelig til pluss uendelig. Når logiten (den avhengige variabelen) er lik 0, er sannsynligheten (p) lik 0,5 (altså like stor sannsynlighet for at den ene eller andre egenskapen er til stede). Når logiten er negativ er sannsynligheten mindre og når logiten er positiv er sannsynligheten større. Koeffisientene b på ligningens høyre side viser effektene av de ulike dikotome variablene ($x=0$ eller 1) for logiten til den avhengige variabelens enkelte verdier (Tufte, 2000). b_{0i} viser verdien på y-aksen når alle x er lik 0. b_{1i} indikerer hvor mye variabel én påvirker logiten for verdi én, b_{2i} indikerer hvor mye variabel to påvirker logiten for verdi én, mens b_{12} indikerer hvor mye variabel én påvirker logiten for verdi to på den avhengige variabelen osv. "e" er restleddet som indikerer den variasjon i sannsynlighet som ikke fanges opp av de forklarte variablene.

Formelen viser matematisk forholdet mellom den enkelte verdi på den uavhengige variabelen og den enkelte verdi på den avhengige variabel, det vil si sannsynligheten for å ende i den enkelte verdi på den avhengige variabelen. Grafisk illustrert viser koeffisienten b endring i logiten når x for den uavhengige dummyvariabelen går fra 0 til 1 (Norusis, 2008).

Figur 1 : Sammenheng mellom Logit og X



4.3.4 Spørreundersøkelsens validitet

I likhet med for kvalitetsvurderingen av de kvalitative data benytter jeg her validitetssystemet fra Cook og Campbell, der det skilles mellom intern validitet, forstått som statistisk konklusjonsvaliditet og kausalvaliditet, og ekstern validitet, forstått som begrepsvaliditet og generaliserbarhet (Lund, 2005; Cook & Campbell, 1979).

Intern validitet

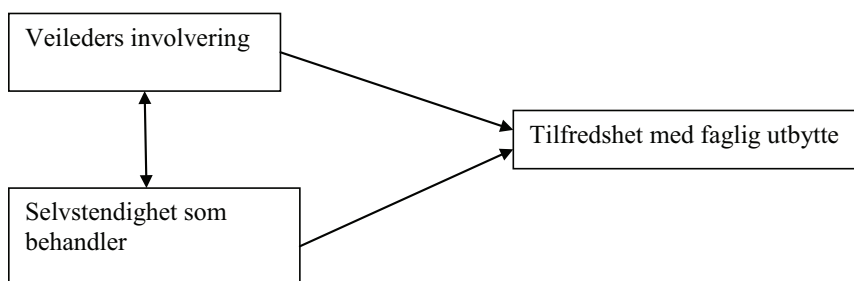
Den interne validiteten av materialet handler om hvorvidt sammenhengene det vises til virkelig kartlegger fenomenet forskeren hevder at det gjør (Mordal, 1989). Intern validitet omfatter det som kan kalles konklusjonsvaliditet og kausalvaliditet (Cook et al., 1979).

Konklusjonsvaliditet handler i statistisk analyse om hvorvidt man kan trekke slutninger fra de statistiske sammenhengene til substansielle sammenhenger. Har man dekning for å si at det finnes substansielle sammenhenger mellom variabler der man finner statistiske sammenhenger, og kan man hevde at det *ikke* finnes substansielle sammenhenger der man ikke finner statistiske sammenhenger? Feilslutninger i forhold til dette betegnes som Type 1 feil (å hevde at det *finnes* en sammenheng som reelt ikke finnes) og Type 2 feil (hevde at det *ikke* finnes en sammenheng der de reelt finnes). Viktige faktorer er her hvorvidt datamaterialet har målekraft (*sample power*), altså om det er stort nok til å avdekke reelle sammenhenger, og om samvariasjonen mellom variablene i materialet er signifikant forskjellig fra null (testing av H_0). Min undersøkelse er i statistisk sammenheng liten

(N=220). Dermed er feilmarginene relativt små og utslagene av eventuelle målefeil ganske stor. Det lille materialet kan også skjule reelle sammenhenger (type 2 feil). For eksempel kan det være slik at effekten av kursing, som jeg viser i artikkel to blir borte ved kontrollering for veiledning og selvstendighet, fortsatt ville vært til stede om materialet hadde vært ti ganger så stort. Også sammenligningen mellom gruppen med og gruppen uten tildelt veileder innebærer problemer, fordi gruppen uten veileder blir svært liten. Jeg tiller heller ikke denne sammenhengen for stor vekt. Den manglende sammenheng mellom antall veiledningstimer og faglig utbytte er imidlertid oppfattet som reell, fordi den utgjør en stor gruppe av turnuslegene. Effekten av variablene som var signifikante blir også i denne sammenhengen enda mer styrket.

Kausalvaliditet handler om hvor sikker man kan være på at retningen i kausaliteten er riktig, eller at de avdekkede kausale sammenhenger ikke er resultater av andre bakenforliggende variabler (spuriøse effekter). Sammenhengen mellom veileders involvering og tilfredshet med faglig utbytte blir kontrollert for selvstendighet i behandlingen, altså om det er slik at de som har hatt en involvert veileder også er de som har fått prøve seg mest som behandler. Det kunne jo være slik at bare den ene av disse variablene hadde direkte effekt, men at de hver for seg gav utslag fordi de også korrelerer seg imellom. Begge disse faktorene viser imidlertid fortsatt effekt når de kontrolleres for hverandre.

Figur 2: Kausale sammenhenger mellom veileders involvering, selvstendighet i arbeidet og tilfredshet med faglig utbytte



Målingen av de uavhengige og den avhengige variabelen er gjort på samme tidspunkt. Dermed kan det være problemer med å avklare hva som kommer først og sist i de kartlagte sammenhengene. Svarene turnuslegene gir, avhenger både av deres evne til å huske, og av deres nåværende perspektiv på praksisen. Man kan tenke seg at en turnuslege som sitter igjen

med et positivt helhetsinntrykk (tilfreds med faglig utbytte) kan huske annerledes om hvor selvstendig han eller hun har fått være i behandlingssituasjoner, og i hvor stor grad veileder har vært involvert, enn en som sitter igjen med et negativt helhetsinntrykk. Det er imidlertid gode grunner til å hevde at både spørsmålet om veilederens involvering innenfor de konkrete kliniske situasjonene og vurderinger av om man aldri, av og til eller som del av vaktlisten har fått opptre som selvstendig behandler, gir en tilstrekkelig uavhengig rapportering av den aktivitet som virkelig har skjedd. Begrensningene ligger nok heller i hvor godt turnuslegene klarer å huske tilbake.

Ekstern validitet

Den eksterne validiteten i materialet handler om hvorvidt fenomenene som observeres og de kausale sammenhengene kan ha relevans utenfor utvalget de er observert i. Det innebærer både begrepsvaliditet og generaliserbarhet (Cook et al., 1979).

Begrepsvaliditet innebærer hvor sikker man kan være på om *uavhengige målinger av ett og samme fenomen*, det vil i denne sammenheng bety turnuslegenes læringsforhold i sykehuspraksis, vil gi samme eller tilnærmet samme resultat (Lund, 2005). Slik er begrepsvaliditet tett knyttet opp til det som betegnes som reliabilitet. Er spørsmålene formulert slik at de vil oppfattes tilstrekkelig likt, vil turnusleger i samme situasjon svare det samme, og vil forskere tolke de kausale sammenhengene som uttrykk for det samme?

Spørsmålene som benyttes for å måle faglig utbytte er basert på de mål som er satt i veiledningen for turnus, og bør derfor være tilfredsstillende for å måle utbytte av praksisen i forhold til disse målene. Begreper som "veiledning" og "introduksjonskurs" kan man også forvente at turnuslegene forstår på samme måte. Det kan imidlertid være problemer knyttet til spørsmål om "tilfredshet med faglig utbytte", "selvstendighet som behandler" og enkelte andre spørsmål, der den enkeltes tolkning av spørsmålsstillingen kan være noe ulik. Dette diskuteres i artikkel to, og er tatt hensyn til i vurderingen av resultatene.

Noen av spørsmålene, som målingen av delmål for faglig utvikling og spørsmål om enhetens kultur, ble hentet fra tidligere undersøkelser (Eriksson, 2005), og fra veiledningen for sykehuspraksis (Turnusrådet, 2005). En enda mer utstrakt bruk av velkjente måleverktøy kunne medvirket til å gjøre spørsmålsstillingen mer presis og økt reliabiliteten ytterligere. Å gjennomføre pilotundersøkelser kan tydeliggjøre dårlige spørsmål og slik begrense mistolkningene i den store undersøkelsen noe. En pilotundersøkelse ble gjennomført på fem turnusleger i forbindelse med denne spørreundersøkelsen. Imidlertid ble ikke alle spørsmål besvart, men det ble heller gitt generelle tilbakemeldinger. I ettertid kan man se at dette ikke

var tilstrekkelig og at mistolkning av enkelte spørsmål sannsynligvis har skjedd i denne undersøkelsen. Dette kommer blant annet frem gjennom inkonsistens i svarene, der for eksempel noen turnusleger (10 personer) har både svart at de aldri har fått opptre som selvstendig behandler, samtidig som de har opplevd å ha hatt ansvar for pasienter uten å ha forutsetning for å ta det ansvaret. Disse turnuslegene kan for eksempel ha forstått ”ansvar” som noe man har sammen med andre, og dermed oppfattet og svart på spørsmålet annerledes enn andre.

Generaliserbarhet innebærer muligheten for å trekke slutninger om at de sammenhenger som finnes i utvalget også gjelder for den større populasjonen utvalget skal representere. I statistiske undersøkelser gjøres dette gjennom ulike utvalgsstrategier (Cook et al., 1979). Populasjonen i min undersøkelse er definert som ”turnusleger i norske sykehus”, mens utvalget er ”alle turnusleger som avsluttet sykehuspraksis i norske sykehus våren 2006”. Med en relativt høy svarprosent på 71 %, og en jevn fordeling mellom kjønn og geografisk representasjon, kan vi hevde at sannsynligheten for at enkelte grupper er overrepresentert i utvalget er relativt lav. Det knytter seg imidlertid svakheter til at utvalget er fra samme år. Enkelte uavklarte faktorer kan ha gjort dette kullet annerledes enn andre, og kan slik ha innvirket på svarene.

Problemer med generaliserbarhet knytter seg ellers også til det å skulle generalisere til andre grupper, til andre steder og til andre tider (Cook et al., 1979). Andre *grupper* kan for eksempel være fysioterapeuter eller andre helsearbeidere - kan sammenhengen mellom veiledning og faglig utbytte også være relevant for dem? Andre *steder* kan være kommunehelsetjenesten – hvor godt passer beskrivelsene av sykehuspraksisen for forholdene i kommunepraksisen? Andre *tider* innebærer fremtidige turnusleger - vil de oppfatte sammenhengene mellom læringsverktøy og faglig utbytte på samme måte som dette utvalget? Slik generalisering blir, i likhet med for casestudien, et spørsmål om gjenkjennbarhet for deltagere i andre settinger. De jevnlig kartleggingene av turnustjenesten med spørreskjema til samtlige turnusleger og veiledere (Turnusrådet, 2006; 2007; Tunold, 2007), kan imidlertid gi gode muligheter for å registrere endringer over tid, og slik vurdere om mine funn vil fortsette å ha relevans.

4.4 Forskningsdesign og vitenskapsteoriske vurderinger

Metodetriangulering; forståelse og kausalmodellering

Jeg har benyttet meg både av tradisjonelt kvalitative og kvantitative metoder i min undersøkelse. En kombinasjon av et dybdykk i en liten gruppe turnuslegers situasjon, i tillegg

til en bredere kartlegging av et helt kull av turnuslegers erfaringer og utbytte av sykehuspraksis, har gitt meg et variert utgangspunkt for å forstå og beskrive både prosesser i og produkter av sykehuspraksisen.

Metodetriangulering innebærer å innlemme flere metoder i samme undersøkelse (Engelstad, 1985). I min studie har jeg gjort dette, ved først å gjennomføre en eksplorerende casestudie, for i neste omgang å bruke innsikten fra casestudien til å formulere hypoteser og spørsmål for en nasjonal kartlegging av turnuslegenes situasjon. Jeg har imidlertid holdt de to datamaterialene atskilt, og analysert dem uavhengig av hverandre. I fortolkningen av de statistiske sammenhengene har jeg likevel kunnet dra nytte av erfaringene fra casestudien, samtidig som resultatene fra spørreundersøkelsen har satt erfaringene fra casestudien inn i en bredere sammenheng. Datamaterialene har til sammen lagt grunnlaget for de slutningene jeg trekker i kapittel seks i dette sammendraget.

Styrken ved en triangulering av ulike datamaterialer, er at de gir et variert innblikk i ett empirisk avgrenset område. Casestudien gir dyptgående innsikt i prosesser som finner sted i én bestemt enhet innenfor feltet (Gerring, 2004). Forståelsen omkring enkelte prosesser, som for eksempel i min studie omhandler vekslingen mellom samhandlingsarenaer, lar seg ikke avdekke gjennom spørreskjemaene, men har kommet frem gjennom deltagelsen i feltet. På samme måte har spørreskjemaene gitt innsikt i kausale sammenhenger, slik som hvordan veiledning, kursing og andre sosiale og fysiske forhold påvirker det faglige utbyttet, noe casestudien ikke kunne gi samme informasjon om (Bryman, 2006). Hvert datagrunnlag har sine styrker og sine begrensninger. Kombinasjonen av dem utfyller noen av begrensningene ved de enkelte metodene.

Samtidig byr kombinasjonen av metoder også på enkelte utfordringer. Prosessen fram mot å forstå og prosessen fram mot å forklare lar seg ikke alltid like lett kombinere, slik jeg viser i neste avsnitt om vitenskapsteoretiske vurderinger. Motsetningene mellom metodene knytter seg, slik jeg ser det, først og fremst til hvordan man kan trekke slutninger mellom de ulike funn og former for kunnskap. Mens kunnskap i kvalitative metoder kommer frem som tekst gjennom indre hermeneutiske fortolkningsprosesser, gir kausalmodellering funn i form av tall, basert på ytre hypotesetesting. Overførbarheten mellom de to metodene kan være vanskelig å gjøre rede for. For eksempel er det ikke noen sikker måte å hevde at den kausale sammenheng mellom veilederens involvering i klinikk og faglig utbytte avdekker den samme mekanismen som den som ble observert da jeg så turnusleger samarbeide med veilederen og andre overordnede i casestudien. Metodetrianguleringen gir slik ingen håndfaste strategier for å overføre innsikten fra den ene metoden til den andre.

En annen ulempe er at metodedtriangleringen kan begrense muligheten for å gjøre begge prosessene grundig. Et rendyrket kvalitativt prosjekt ville kunne gitt mer og rikere data over tid, for eksempel ved å sammenligne turnustjenesten ved to ulike sykehus. På samme måte kunne jeg ha gjennomført flere spørreundersøkelser med flere kull, eller med andre involverte slik som veiledere, og slik fått et større materiale og mer robuste resultater, og med en mulighet for kanskje å sammenligne grupper på tvers av sted og tid. Ideelt skulle man kanskje gjort begge deler. Begrensningene i tid og ressurser gjør det likevel til en reell avveining; bør man velge dybde i en metode, eller bredde mellom metoder? En systematisert kombinasjonsstudie som jeg har gjort, har imidlertid ikke tidligere vært gjort på denne måten blant turnusleger i Norge. Min kombinasjonsstudie har slik gitt et annet utgangspunkt for å vurdere enkelte innholdsmessige sider i turnuslegenes opplæring både på en innvendig og utvendig måte. Jeg oppfatter også at fordelene jeg har hatt av triangleringen er større enn ulempene og begrensningene de har ført med seg.

Vitenskapsteoretiske forskjeller og likheter mellom metodene

Motsetningene mellom metodene har som nevnt tradisjonelt blitt sett på som store (Engelstad, 1985). De kvantitative, statistiske metoder er kausalmodellerende, med den hensikt å avdekke systematiske sammenhenger mellom ulike operasjonaliserte variabler (observerbare og ikke observerbare). I de kvalitative metoder er målet å oppnå større innsikt, og avdekke mulige mønster og begrepsforståelser i et begrenset empirisk materiale (Fangen, 2004). Materialet er tekst, bilde eller lyd, og ikke tallfestbare kategorier som i de statistiske analysene. Grunnlaget for dataene påvirker både innsamlingsmetodene og mulighetene for å analysere dem.

Mens den fortolkende metode har røtter i humaniora og samfunnsvitenskapene, har kausalmodellering røtter i naturvitenskapen (Gerring, 2004). Legeyrket er i seg selv et møte mellom kulturvitenskap og naturvitenskap (Sinclair, 1997). Interessen for sosiokulturelle fenomen og observasjon som vitenskapelig metode var stor i miljøene jeg var i kontakt med da jeg observerte turnuslegene. Mange viste interesse for mine perspektiv og metoder. Samtidig opplevde jeg at det til tider var vanskelig å finne forståelse for feltarbeidets metodologi og form blant legene. Det var for eksempel vanskelig å få forståelse for at jeg startet empiriske undersøkelser uten en tydelig og velformulert hypotese om mulige årsakssammenhenger.

De ulike fremgangsmåtene gir ulike data, men har ikke nødvendigvis *epistemologisk* forskjellige utgangspunkt. Kvantitativ metode forbindes vanligvis med positivisme eller naiv realisme og kvalitative metoder forbindes med hermeneutikk og sosial konstruktivisme der

virkelighet ikke eksisterer utenom gjennom konstruksjonene av dem (Buchanan, 1992; Nortvedt et al., 2004). Selv om enkelte vil forfekte disse ytterliggående synspunktene i vitenskapsteoretiske debatter, er det som oftest flere likheter enn forskjeller i de epistemologiske forutsetningene i samfunnsvitenskapelige arbeider (Lund, 2005). Både kvalitative og kvantitative datainnsamlingsmetoder baserer seg mer eller mindre eksplisitt på en kritisk realistisk eller en moderat form for hermeneutisk konstruktivisk tilnærming til den virkelighet som studeres (Nygren, 2004; Lund, 2005). De fleste vil være enige om at målet med vitenskapelig metode er å komme så nært som mulig "riktige" beskrivelser av en ytre virkelighet som eksisterer utenom begrepene og kategoriene vi fanger den ved hjelp av. Både kvantitativ og kvalitativ forskning, med deres krav om validitet, erkjenner samtidig at virkeligheten ikke kan oppfattes uten gjennom menneskelig bevissthet, og at den ikke kan beskrives uten å bruke begreper. Begrepene og metodene for å tilegne seg kunnskap legger begrensninger på muligheten til å oppfatte virkeligheten slik den egentlig er. Vitenskapelig kunnskapssøking er derfor, uansett metode, basert på behovet for systematisert og ordnet fortolkning (Måseide, 1990).

En presentasjon av virkeligheten vil, som Fangen legger vekt på, sannsynligvis alltid kunne gjøres på andre måter (Fangen, 2006). Resultatene jeg trekker ut av min casestudie og min spørreundersøkelse er følgelig en av flere mulige konstrueringer og forståelser av den underliggende virkeligheten de beskriver. Også de statistiske sammenhengene representerer en virkelighet som vil kunne fortolkes ulikt. De kausale sammenhengene skal avdekke noe mer enn det de i seg selv uttrykker. Tolkningene av sammenhengene viser gjerne til mulige underliggende, ikke direkte observerbare, mekanismer som forbinder de avdekte årsaks og virkningsfaktorene. Dermed vil idealet om objektivitet aldri kunne oppnås til fulle i samfunnsvitenskapen, men for så vidt heller ikke i naturvitenskapen (Nygren, 2004).

Kravene til kvalitet og etterrettelighet må stilles til begge former for kunnskapssøking, og slik bekrefte eller avkrefte vitenskapeligheten i funnene som legges frem. Kvalitetssikringen skal betrygge lesere og forskere om at beskrivelsene ikke faller for langt fra virkeligheten. Bevisstheten om at våre beskrivelser er nettopp en konstruering av virkeligheten skal gjøre oss ydmyke og kritiske i forhold til de konklusjoner og kategoriseringer vi gjør av virkeligheten vi beskriver. Selv om denne bevisstheten er til stede uansett hvilken metode man bruker (Nygren, 2004), kommer den ofte til uttrykk på noe ulike måter. Innen den tradisjonelt kvalitative forskningstradisjon har man vært "flinkere" til å vise til og diskutere usikkerheten knyttet til de subjektive fortolkningene. I den kvantitative

tradisjonen blir kvalitetssikringen ofte redusert til mer tekniske krav til forskningsdesign og utregninger.

Man har i kvalitativ metode ofte ønsket å distansere seg fra statistiske vurderinger i frykt for å falle inn i en logikk som ikke passer for kvalitative fremgangsmåter (Thagaard, 1998; Fangen, 2004). Man har forsøkt å utarbeide nye begreper for kvalitetskontroll av metodene, slik som ”kredibilitet” i stedet for ”intern validitet” og ”overførbarhet” i stedet for ”generaliserbarhet”. Ulik begrepsbruk skal vise de ulike krav som bør stilles. Likevel kan man hevde at kravene ikke er så ulike. Lund og Måseide illustrerer hvordan utfordringene er relativt like for de ulike innsamlingsmetodene (Lund, 2005; Måseide, 1990). Jeg har, i tråd med denne oppfatningen, valgt å benytte de samme begrepene i kvalitetsvurderingen av casestudien som for spørreundersøkelsen (se avsnittene om validitet over), og viser slik hvordan kravene til de ulike metoder kan stilles relativt likt, selv om måten kravene imøtekommes på nødvendigvis vil være noe ulik.

Validitetskriterier som benyttes i tradisjonelt kvantitative design kan, som tidligere vist, også benyttes for kvalitative design, om enn i en noe begrenset og tilpasset form. Spørsmålet om kausale sammenhenger er for eksempel ikke helt irrelevant i kvalitative metoder, selv om man ofte oppfatter dette som en av motsetningene mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Engelstad, 1985). Min forståelse av turnuslegenes læring i caset innebærer også kausalitet, slik som forutsetningen om at det er en sammenheng mellom arenaene turnuslegene opptrer på og interaksjonsmønsteret som finner sted. Jeg forutsetter også at det er en sammenheng mellom hvem turnuslegen samhandler med, hvor det samhandles og hva som læres. Forskjellen er at disse kausale sammenhengene observeres og erfares i en lokal setting, der utfordringene med validitet blir noe annerledes enn i statistiske analyser.

4.5 Forskningsetikk

Forskningsetikk er grunnlagt på vestlige normer som respekt for menneskeverdet, respekt for integritet og medbestemmelse, og krav om vitenskapelig redelighet (NESH, 2008).

Forskningsetiske retningslinjer er blant annet utarbeidet av ”Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora” (NESH), som skal være en støtte for forskere i deres forskningsprosjekter innenfor samfunnsfagene. Dette forskningsprosjektet er rapportert inn og godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Samarbeidet med NSD har vært med på å bevisstgjøre meg i de etiske vurderingene som jeg har gjort i løpet av prosessen.

Respekt for menneskeverdet innebærer blant annet at informantene som brukes i undersøkelsene så langt det lar seg gjøre skal kjenne til hva informasjonen om dem blir brukt til (*informert samtykke*, punkt 2 i forskningsetiske retningslinjer, NESH, 2008). I begge mine innsamlingsprosesser har de involverte fått informasjon om prosjektet. Alle turnuslegene fikk informasjonen skriftlig, bortsett fra enkelte i intervjusituasjonen som fikk en muntlig orientering om prosjektet, og deres rett til å kunne trekke seg og sin informasjon fra prosjektet. Slik ønsket jeg å oppnå tillit hos turnuslegene og andre som var til stede, og også gi meg selv en forståelig rolle for de andre tilstedeværende i feltarbeidet. Informasjonen til pasientene i observasjonsstudien (*hensynet til tredjepart*, punkt 11 i retningslinjene) ble gitt i det turnuslegen og jeg gikk inn til den enkelte pasient. Ingen pasienter gav uttrykk for at de ikke ønsket at jeg var til stede. Enkelte ganger, der pasientene var veldig dårlige, måtte jeg vente på gangen mens turnuslegen var inne hos pasienten, fordi turnuslegen vurderte det som for belastende å stille pasienten overfor avgjørelsen om de ville ha meg til stede eller ikke.

Etiske krav er også overlappende med kravene om validitet og etterprøvbarehet. Informasjonen skal ikke misbrukes til å hevde noe om virkeligheten som ikke stemmer overens med de beskrivelser informantene har gitt (*krav om vitenskapelig redelighet*, punkt 1 i retningslinjene; Fangen, 2004). I kvalitative analyser, der man har mengder av tekst, enten i form av observasjonsnotater eller som intervjuetekst, vil det kunne være fristende, og relativt lett, å plukke ut sitater som kan underbygge en forutinntatt teoretisk konstruksjon. En viktig etisk regel som skal motvirke et slikt misbruk er at man alltid bør lete etter sitater eller tegn som motbeviser det man forsøker å hevde. Det var en slik prosess som førte til at jeg i fortolkningen av teksten fra casestudien måtte forkaste kategoriene om selvstendighet og programmering. I analysene av spørreskjemasvar er det stadig et krav og en utfordring å skulle lete etter tegn eller resultater som *motviser* de mønster man synes å se. Dette var også noe av Karl Poppers budskap, da han utviklet hypotesetestingen som en negativ formulert tekst; man skal så langt som det er mulig forsøke å bekrefte hypotesen om ”ingen sammenheng” (H_0) (Nygren, 2004). Den kritiske selvkorreksjonen skal sikre at vi som forskere ikke legger våre teoretiske modeller så å si ”i munnen” på våre informanter.

Etisk bevissthet innebærer også en plikt til å beskytte individene som utleverer sine historier. Personlige historier og enkeltpersoner skal i minst mulig grad kunne gjenkjennes (*krav om konfidensialitet*, punkt 14, NESH, 2008). I avsnittet om anonymitet under casestudien beskriver jeg hvordan dette er ivarettatt i presentasjonen av feltnotatene. I presentasjonen av resultater fra spørreundersøkelsen, har jeg ikke behovd å identifisere verken sykehuset den enkelte har praktisert ved, eller andre variabler som kan gjøre personene

gjenkjennelige. I andre sammenhenger kunne imidlertid sykehuset vært en relevant forklaringsvariabel i analysene. I slike tilfeller ville man måtte ha avklart en identifisering før turnuslegene avgav sine svar. Konfidensialitet henger også sammen med ansvarlig oppbevaring av spørreskjemaer og feltnotater. Spørreskjemaene med identitetsnummer har vært oppbevart innelåst på mitt kontor sammen med feltnotatene. I brevet til turnuslegene har jeg også forpliktet meg til å eliminere alle spor som kan feste besvarelsene deres til dem som personer ved forskningsprosjektets slutt (*krav om begrenset gjenbruk*, punkt 15, NESH, 2008).

5. Resultater (sammendrag av artiklene)

I dette kapittelet redegjør jeg for resultatene av datainnsamlingen som presenteres og benyttes i de tre artiklene i avhandlingen.

5.1 Artikkel 1 "Å lære og å praktisere i sykehus – Turnuslegen som student og lege"

I denne artikkelen viser jeg hvordan turnuslegene opptrer på ulike samhandlingsarenaer i sykehuset (Kivle, 2008). Jeg viser hvordan vekslingen mellom de arenaer der turnuslegen opptrer som "lege" og der hun/han opptrer som "student" gir gunstige læringsvilkår. I stedet for å se læring som noe som skjer i en og en situasjon, legger jeg her vekt på hvordan det er de ulike situasjonene med ulike betingelser, og vekslingene mellom dem, som gir god læring.

Jeg benytter meg i artikkelen av Goffmans teatermetafor om *arenaer*, arenaer for forberedelse og arenaer for utførelse (Goffman, 1959). Gjennom data samlet inn gjennom deltagende observasjon viser jeg hvordan turnuslegene i sykehuspraksis veksler mellom arenaer der de får lov til å opptre som praktiserende leger og arenaer der de kan være spørrende studenter.

I møtet med pasientene får turnuslegen øve seg på å være praktiserende lege, med den autoritet og det ansvar det medfører. I møtet med kolleger og annet helsepersonell i forberedelsen og evalueringen i forbindelse med pasientmøtene, får turnuslegen rom og mulighet til å være student og stille de nødvendige spørsmål. I samspillet med andre kolleger foran pasienten, er relasjonen mellom legene mer kollegial enn på bakrom og i møter. I kulissene, der pasientene ikke er til stede, blir forskjellene i posisjoner, roller og autoritet tydeligere mellom turnuslege, assistentlege og overleger. De avklarte posisjonene gjør de ulike kompetansenivåene tydeligere. Den legitime mindre kompetente deltagelsen i kulissene, kombinert med øvelsen i å være fullt ut praktiserende lege i møtet med pasienten, skaper egnede læringsforhold i sykehusorganisasjonen. Vekslingen mellom studerende og praktiserende lege blir slik avgjørende for gode læringsvilkår.

5.2 Artikkel 2 "Veiledning av turnusleger i sykehuspraksis. Hva slags kompetanse skal veiledningen føre til?"

I artikkel to studerer jeg veiledningsordningens effekt på turnuslegenes opplevelse av faglig utbytte ved endt sykehuspraksis (Artikkel 2). Jeg vurderer effekten av veiledning, som et *individuell* tilpasset læringsverktøy, sammen med effekten av kursing og turnuslegenes selvstendighet i arbeidet, som to *kollektivt* baserte læringsverktøy. Jeg skiller mellom veiledning, målt i antall veiledningstimer som turnuslegen har hatt, og veiledning målt som

veileders grad av involvering i turnuslegens kliniske arbeid. Slik får jeg frem forskjellen mellom veiledning som noe atskilt fra turnuslegens egne erfaringer og veiledning som noe som skjer i forbindelse med konkret praktisering. De kollektive læringsverktøyene representerer også ulike dimensjoner. Kursing innebærer opplæring utenfor klinikken, som refleksjon *over* praksis, mens selvstendighet som behandler innebærer læring i kliniske situasjoner, som refleksjon *i* praksis.

Logistisk multinominal regresjon blir benyttet for å analysere data i SPSS 14.0. Jeg ser på logaritmen for oddsen (sannsynligheten) for å ha ulike scorere på den avhengige variabelen mot oddsen for å score høyest på den avhengige variabelen, altså tilfreds eller svært tilfreds med det faglige utbytte.

De statistiske sammenhengene bygger opp under en sosialkontekstuell teori om at læring som skjer i forbindelse med konkrete kliniske utfordringer gir mest faglig utvikling. Mens tildelt veileder i seg selv eller antall veiledningstimer ikke gir noen effekt på tilfredshet med faglig utbytte, fører både veileders engasjement i klinikken og turnuslegens selvstendighet i klinikken til økt tilfredshet. Den bivariate effekten av kursing forsvinner også når det kontrolleres for turnuslegens selvstendighet. Funnene viser at oppfølgingen knyttet til det jeg kaller refleksjon *i* praksis gir mest effekt. Likevel kan man ikke på bakgrunn av disse sammenhengene forkaste den etablerte oppfatningen av at også veiledning, kursing og samtaler utenfor den umiddelbare praksisen vil ha betydning for en faglig utvikling. Det er denne enkeltstående undersøkelsen for liten til å gi grunnlag for.

Den normative konklusjon jeg likevel trekker er at veiledningssamtalene bør forankres mer i veilederens og turnuslegens *felles* erfaringer fra klinikken for å øke kvaliteten og relevansen av veiledningssamtalene. En samtale for refleksjon *over* praksis må relateres til den konkrete refleksjonen *i* praksis for å være relevant og for å kunne bidra til den lærendes, og kanskje også den veiledendes, faglige og personlige vekst.

5.3 Artikkel 3 "Formal and informal Learning in Medicine. A plea for a fair balance"

I den tredje artikkelen tar jeg videre for meg veiledning som eksempel på den generelle dragkampen mellom uformelle og formelle krefter som finnes i læring, så vel som i medisinsk praksis og helseledelse. I utgangspunktet er de formelle (vitenskapelig positivistiske), og de uformelle (kunstnerisk sosio-kulturelle) faktorer sammenhengende og uatskillelige (Wenger 2004). Men de formelle krefter får lett en dominerende plass og forholdet kommer i ubalanse.

Historien om hvordan veiledning av turnusleger har blitt fulgt opp og ledet i norsk turnustjeneste tydeliggjør utfordringene i det tette forholdet mellom formaliserte og uformelle faktorer. Styring og rapportering skal gi mest mulig innsikt i og kontroll over veiledningen som skjer i den enkelte konkrete situasjon. Men selv om de formelle finansielle belønningssystemene omfatter den planlagte og standardiserbare læringen, utelukker den samtidig den uformelle ikke-standardiserte veiledningen. Fordi det som ikke belønnes i et innsatsbasert belønningssystem raskt ansees først og fremst som utgifter, kan en slik formalisert belønning føre til en ytterligere marginalisering av den uformelle læringen.

Samtidig som rapporteringen kan bidra til å synliggjøre utdanningsvirksomheten i rapporteringene, og slik øke dens legitimitet, kan den formelle forhåndsdefineringen av hva som er læring og faglig utvikling være med på å flate ut innholdet i utdannelsen av fremtidens leger. Annerledes sagt, formaliseringen kan bidra til å standardisere og ”industrialisere” utøvelsen og dermed også læringen av legeyrket, men kan samtidig bidra til å svekke den som kunst.

Den formaliserte læringsvirksomheten er relativt lett å sikre, og noe som skjer nesten automatisk. Eksistensgrunnlaget for de uformelle læringsfaktorer, slik som ad hoc instruksjoner og nær oppfølging, er derimot lett truet og marginalisert, spesielt der det er mangel på tid og ressurser. Mer kvalitative vurderingsformer og ledelsesstrategier blir foreslått som mulige fremtidige redskap for å legitimere bruken av tid og ressurser på uformell læring.

6. Hovedfunn; en god overgang til yrkespraksis for medisinerere

I dette kapitlet redegjøres det for noen generelle oppfatninger som funnene fra studien gir grunnlag for å si noe om.

6.1 Veksling mellom arenaer – en forutsetning for læring og kvalitetssikring i helsevesenet

Turnuslegene lærer gjennom å delta og praktisere på ulike arenaer. Vekslingen mellom pasientinteraksjonen og interaksjonen med leger og annet helsepersonell i forbindelse med pasientbehandlingen er sentral for en god læringssituasjon. Gjennom deltagende observasjon har jeg sett betydningen av legenes mulighet til å bevege seg mellom ulike samhandlingssituasjoner.

Arbeidet som turnuslege innebærer ikke bare trening i å behandle og utrede pasienter, selv om det er dette virksomheten hele tiden peker mot. Legene tilegner seg viktig kunnskap og kompetanse også gjennom å være en del av legekollegiet utenom pasientinteraksjonen, altså *bak* scenen (Goffmann, 1959). Det som utspiller seg *på* scenen planlegges, forberedes og evalueres *bak* scenen i sykehusorganisasjonen. Både utredning og beslutninger i forhold til behandling blir ikke foretatt i tilknytning til pasientinteraksjonen, men skjer gjennom lesning og kollegiale diskusjoner før og etter pasientmøtene. Slik får turnuslegene mulighet til å forberede seg før de møter pasienten, til å rådføre seg med andre, og til å forsikre seg om at de har gjort riktige beslutninger i etterkant av pasientbehandlingen. Læringen i praksis skjer slik ikke bare i pasientmøtene, men like mye i forberedelsen til og bearbeidelsen av disse (artikkel 1).

Opplæringen som finner sted helt atskilt fra de kliniske utfordringer gir mindre faglig utbytte enn den læring som skjer i kliniske situasjoner. Veiledningssamtaler og kursing som ikke har umiddelbar tilknytning til den kliniske virkeligheten har mindre betydning (artikkel 2). Funns fra den kvantitative undersøkelsen tyder på at turnuslegen først og fremst opplever tilfredshet ved å lære gjennom refleksjon i praksis og at den opplæring som ikke direkte bidrar til dette oppfattes som mindre relevant. Uten å avvise helt betydningen av den opplæring som skjer utenom klinikken, som undervisning og veiledningssamtaler, er det grunn til å hevde at man i en praksissituasjon ikke har så mye utbytte av kollektivt basert opplæring som ikke er direkte knyttet til turnuslegens konkrete erfaringer. Igjen kan det virke som om det er *vekslingen* mellom refleksjon i praksis og refleksjon over praksis som gir det beste grunnlaget for opplæring.

For at vekslingen mellom praktiserende og studerende virksomhet skal kunne skje, må det organisatorisk legges til rette for det. Det kan derfor være grunn til bekymring hvis behovet for effektivisering av virksomheten gir mindre rom for den legevirkosomhet som ikke direkte er knyttet til pasientinteraksjonen. Betydningen av medisinenes kultur på andre arenaer utenom den direkte lege-pasientinteraksjonen er tradisjonelt lite anerkjent (Atkinson, 1995). Det kan være vanskelig å argumentere for å bevare disse arenaene når andre krefter først og fremst taler for mer brukerfokusering og mindre ”dødtid”. Men om man for eksempel effektiviserer bort rapporteringsmøtene gjennom digital dokumentering av behandling og utredning, kan man miste de viktige arenaene for uformell opplæring og kollegial kontroll. Rommet for samtaler, felles vurderinger, eller praktiserende fellesskap, blir mindre. I Goffmanns terminologi vil man si at man kutter ned på backstage-arenaer. Denne studien viser imidlertid nettopp hvordan samspillet som skjer i kulissene, bak pasientinteraksjonsarenaene, men med pasientbehandlingen som siktemål, har betydning for kvalitetssikringen og for opplæringen i praksis.

6.2 Behovet for forutsigbarhet i helsetjenesten og turnuslegenes individuelt tilpassede opplæring

Det er ikke så lett å tilpasse de organisatoriske virkemidler til målene for læringen. Tilpasset opplæring i vekslingen mellom egen erfaring og refleksjon forutsetter tid og rom til å bruke situasjonene når de oppstår. Å gjennomføre en slik individuelt tilpasset opplæring blir utfordrende når mål for virksomheten ellers er preget av krav om forutsigbar behandling.

For å kunne sikre seg at arbeidet utføres forsvarlig, baseres det på størst mulig grad av forhåndsdefinering og standardisering. Slik organisasjonssosiologene Mintzberg og Weber påpeker, er det avgjørende i et (maskin)byråkrati at prosedyrer ikke avhenger av personen som utfører dem (Mintzberg, 1983; Weber & Fivelsdal, 2000), eller for så vidt av situasjonen prosedyren skal benyttes i.

Som kontrast til det forutsigbare maskinbyråkrati står idealet om en tilpasningsdyktig og kontinuerlig lærende organisasjon (Wadel, 2002). Jeg har vist hvordan læring og meningsdannelse skjer i konkret forhandling og deltagelse i den enkelte situasjon (jfr. kap 3). For eksempel vil hva som læres og hvordan det læres gjennom deltagelse i praksis avhenge av hvem som samhandler. Hvem pasienten er, hans eller hennes tilstand og behov er medbestemmende for hva som kan læres i forbindelse med behandlingen av denne pasienten. Likeledes er det avgjørende hvem turnuslegen er, dennes særegne behov for oppfølging, og hvem den ansvarlige veileder eller bakvakt er, og dennes engasjement og villighet til å følge

opp(Deketelaere et al. 2006). Behovet for oppfølging endres også med tiden. Den nye turnuslegen vil kunne ha behov for mer tid sammen med pasienten og med en overordnet, mens en mer rutinert turnuslege i forvakt ikke vil kreve like mye *ekstra* (Akre, 2003). Idealet om situert læring blir vanskelig å oppnå når forutsetningen for en velsmurt organisering av helsetjenester er å standardisere og forutsi behandlingsprosesser. Å la det være rom for at behovet for oppfølging kan variere, forutsetter at man også i organiseringen av behandlingsarbeidet gir avkall på noe forutsigbarhet.

Forhåndsdefinerte betingelser påvirker forhandlingene, men blir gitt ny og noe annerledes fortolkning og betydning i nye samhandlingssituasjoner. Handlingskompetansens *dobbelte situerthet* beskriver dette (Nygren, 2004). Kompetansen som benyttes i den konkrete situasjonen innebærer både allmenn kompetanse hos den enkelte, slik som blant annet kjennskap til rapporterings og belønningssystemer, og kontekstbestemt kompetanse, slik som evnen til å anvende og tilpasse handlingskompetansen til de begrensninger og muligheter som finnes i den bestemte situasjonen (Nygren, 2004). Elimineringen av forhandlingsrommet i den enkelte situasjon gjennom å forhåndsdefinere handlingsforløpene kan skje til en viss grad, men aldri helt fullstendig. Strukturene og forhåndssatte kategorier vil nesten alltid kunne gi andre og uintenderte effekter enn det som har vært tenkt i utgangspunktet.

Idealene for læring er også delt i retningslinjene for turnusopplæringen. Det legges både vekt på idealet om forutsigbarhet og idealet om situasjons- og pasienttilpasning, eller fleksibilitet, selv om det første hensyn eller ideal får den største oppmerksomhet (artikkel 3). Slik må det for så vidt også være. Kunnskapen, eller vitenskapeligheten, ligger i hovedsak i det personuavhengige. Opplæringen er derfor nettopp det, en *opplæring*. Turnusleger skal innføres i et systematisert og standardisert system av kunnskap, et system som er konkretisert som regler, retningslinjer, rutiner og prosedyrer. De skal slik bli en del av reproduksjonen av systemet. De blir ikke sertifisert før de viser at de er blitt det.

Opplæringen skjer først gjennom innføringen i teorien. Så følger, blant annet gjennom turnustjenesten, en innlæring av prosedyrene, som gjentatte utførelser av ”det samme” – til det ”sitter”. ”Sitte” vil det gjøre hos de fleste, etter en tids repetisjoner. Det standardiserte opplæringsprogrammet bidrar slik til å garantere for pasienter og samfunn at den nye lege er i stand til å ta ansvar for pasienter, samtidig som det sikrer en ”reproduksjon” av seg selv. Her skal det imidlertid føyes til at reproduksjonen ikke er en mekanisk sådan. Kunnskapen utvikles, til dels raskt, og retningslinjer og prosedyrer med den. Det er derfor snarere tale om en dynamisk reproduksjon.

Men turnusutdannelsen er ikke bare dette, som vi har sett. Innlæring av rutiner og prosedyrer er ikke bare en mekanisk prosess. Det som skal læres skal læres på en reflektert måte. Det må ligge refleksjon forut for anvendelsen av prosedyren: er den relevant i dette tilfelle? Refleksjonen er nødvendig også fordi den skal anvendes på en pasient som i noen henseender kan være litt unik. Behandling og prosedyrer må altså i noen grad skreddersys, og legen må lære seg den evnen, altså evnen til ”tenksom” bruk av prosedyrene. Endelig er det slik at den enkelte lege er ”noe for seg selv”, og derfor i noen grad må finne sin måte å utføre prosedyrer på. Den som observerer leger i aktivitet vil se at ingen gjør det samme helt likt. Turnusopplæringen innebærer derfor for turnuslegen både å lære seg prosedyrer og å lære seg å bruke dem som en reflektert lege, som en kunstner. Hos den gode lege går mekanikken og kunsten sammen og blir til elegant og profesjonell yrkesutøvelse. Ingen turnuslege kan unngå å se det når en erfaren lege virkelig får det til, er ett med sin rolle; ja, *er* lege.

Målet blir dermed å utvikle reflekterende og profesjonelt praktiserende leger, som hver på sin måte kan bidra til et godt helsevesen. Virkemidlene for å oppnå dette målet er, som jeg viser i artikkel to og tre, blant annet å gi hver turnuslege en personlig veileder. Veilederen skal med sitt engasjement og sin evne til å se og oppfatte turnuslegens egenartede behov, gi turnuslegen hva et standardisert opplæringssystem ikke kan gi, nemlig situert og tilpasset opplæring. Hvordan det legges til rette for at veiledningen kan fungere ut fra intensjonen, blir dermed avgjørende for om den reflekterende siden ved turnuslegenes utvikling ivaretas (artikkel 3).

Utdanningsvirksomheten lar seg nok derfor aldri helt forene med et rapporteringsbasert system. De målene som likevel vil bli brukt, kan utvikles på bakgrunn av lærdom fra de nye resultatbaserte rapporteringer i utdanningsetaten, der sterke røster hevder at hvis man skal ha et rapporteringssystem så må man i hvert fall sette rapporteringsmål det er verdt å strebe mot å oppnå (Dysthe, 2008). Et rapporteringssystem må i tillegg favne om og verdsette engasjement fra overordnede og veiledere.

Casestudien fra dette forskningsarbeidet er et eksempel på hvordan kvalitative metoder kan fange opp enkelte sentrale ikke-kategoriserbare læringsmekanismer. Større og mer omfattende datainnsamlinger, med et mer komparativt design, ville legge et enda bedre grunnlag for å si noe om hvilke læringsmekanismer som står sentralt i turnuslegers læring i praksis. Mer systematisk rapportering av turnusrådets erfaringer fra jevnlig besøk blant turnusleger i praksis, vil også kunne være et viktig bidrag i dette arbeidet.

6.3 Implikasjoner for fremtidig organisering av turnustjenesten

Mye tyder på at turnusordningen vil gjennomgå større omorganiseringer i tiden som kommer. Det siste forslaget til ny organisering av turnusordningen kom i april 2008. Det var utarbeidet av et utvalg oppnevnt av Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Utvalget har åpenbart hatt som mål å gjøre organiseringen av turnustjenesten til en mer integrert del av et sammenhengende utdannelsesløp. I stedet for å ha ulike trinn for autorisering for legeyrket generelt, altså for når en lege kan drive legevirksomhet på trygdens regning og når hun eller han kan kalle seg spesialist i ulike fag, ønsker man å lage et mer sammenhengende system, der alle følger et tidsmessig tilnærmet likt løp.

I tillegg til å forenkle autorisasjonsstadiene, foreslår utvalget å ta bort de fleste særbehandlingsordninger. Det vil blant annet si at man ikke lenger skal ta hensyn til at det å måtte flytte fra en landsdel til en annen kan ha større konsekvenser for enkelte turnusleger enn for andre. Man vil korte ned tiden det tar å bli spesialist med et halvt år, samtidig som man vil forlenge tiden fra en person er uteksaminert til hun eller han mottar autorisasjon som lege, til tre år. Man ønsker samtidig at turnuslegene i denne perioden i større grad skal behandles som arbeidstakere og ikke studenter. Slik minimeres også myndighetenes forpliktelser for å ivareta hensynet til turnuslegenes interesser som studenter. Ansvar som arbeidstaker blir tillagt turnuslegen, samtidig som loddtrekningen for utplasseringen blir beholdt, og lengden på tiden som halvt student, halvt praktiserende, fordobles. Kravene til enkeltpersonene kan se ut til å bli større, mens administrasjonen av ordningen forenkles.

Jeg har i min studie lagt vekt på at læring i praksis skjer gjennom stadig forhandling og omforhandling av roller, og gjennom vekslingen mellom refleksjon *i* og *over* praksis. Det blir dermed avgjørende om man får til en organisering av turnustjenesten som ivaretar hensynet til behovet for *individuell tilpasning*, og slik også ivaretar mulighetene for god læring gjennom praksis. Forslaget til omorganisering vil innebære at forutsigbarheten i systemet blir større. Fordelen med en enklere struktur for turnustjenesten er at det blir lettere å forstå reglene. Ulempen er at systemet blir mindre fleksibelt. Virkeligheten for den enkelte turnuslege vil i få tilfeller kunne føye seg direkte inn i et slikt forhåndsdefinert utdanningsløp. Det blir da opp til den enkelte å tilpasse sin situasjon til de definerte reglene. Jeg hevder imidlertid at en slik lokal tilpasning av generelle regler ikke bare innvirker på handlingsvalg, men også på uformelle verdier og holdninger (artikkel 3). Forslaget til omorganisering viser, i likhet med forsøket på å formalisere veiledningsordningen, at behovet for forutsigbarhet i organiseringen er stort. Kanskje er det *for* stort, sett i et ideelt læringsperspektiv (Wadel, 2002). Utfordringen blir å ivareta begge behov.

7. Avsluttende kommentarer

Jeg har forsøkt å peke på noen kvalitetstegn ved turnuslegenes læring i praksis og argumentert for hvorfor de bør holdes fast ved i de endringsprosessene som vil komme. Jeg har ikke beskrevet turnuslegenes situasjon som ”alarmerende”, ”i krise”, eller ”uutholdelig”, slik man ofte er kjent med fra beskrivelser av helsevesenet (Askildsen & Brekke, 2001; Schou, 2008). Dette er et bevisst valg, og også en følge av dataene jeg har samlet inn. Krisebeskrivelser stemmer ikke med det bilde mine undersøkelser tegner. Grunnlaget for god læring ser ut til å være, i hvert fall delvis, på plass de fleste steder. Samtidig vil enkelte turnusleger kunne fortelle om uutholdelige vaktordninger, urimelige krav, mangel på oppfølging og så videre. Der det er urimelige forhold er det mulig for fremtidige forskere å kartlegge og å synliggjøre de problemene som finnes. Jeg har funnet det av mer generell samfunnsvitenskapelig interesse å peke på særpreget ved turnuslegenes situasjon og hvordan dette har kunnet si oss noe om læring i praksis. Eksempler på god opplæring kan også være til inspirasjon for eventuelle forbedringsarbeider. Det gjelder for planlegging og organisering av unge medisineres opplæring, så vel som for annen virksomhet, at kunnskap og kjennskap til hvordan noe *kan* gjøres åpner flere muligheter enn kunnskap og kjennskap om hvordan noe *ikke* bør gjøres.

Noen vil hevde at man i helsepolitisk sammenheng heller bør legge vekt på et mer overordnet perspektiv enn jeg har gjort, for eksempel hvordan situasjonen oppleves fra et helsefaglig, administrativt eller politisk perspektiv. Å gjøre det vil nødvendigvis gi andre forståelser av den komplekse virkeligheten i helsevesenet. Helsepersonellens –”fotfolkets”- perspektiv kan lett vurderes som partikulært og preget av en privat eller snever agenda. I min studie, der et sentralt mål har vært å forstå hva som gir god læring i praksis, har det overordnede organisatoriske perspektiv stått mindre sentralt i datainnsamlingen. Men også i andre spørsmål, for eksempel omkring prioritering og ressursallokering, gir en forståelse av helsearbeidernes virkelighet, sett utenfra, viktige bidrag i møte med de utfordringer og muligheter helsevesenet generelt og helsearbeiderne spesielt, står overfor.

Ulike perspektiver på de samme fenomener er en mangelvare i helsetjenesteforskning (ett av flere unntak er Tjerbo, 2008). Heller ikke min studie har gitt tilstrekkelig rom for et slikt ”flerperspektivistisk” empirisk prosjekt. Det er her mulighet for videre forskning. Å se erfaringer og virkelighetsforståelser på det enkelte plan i helsevesenet i lys av oppfatninger på andre plan ser jeg som en helt nødvendig vei å gå for å komme videre.

Litteraturliste

Aarseth, O; Falck, G; Brattebø, G. (1995). Får medisinske turnuskandidater den veiledning de har krav på? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 115, 2087-2090.

Akre V, Vikanes Å, Hjortdal, P. (1992). Profesjonalisering uten styring? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 112, 2546-2551.

Akre, V. (2003). *Learning medical practice*. Dissertation. Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.

Askildsen, J. E. & Brekke, K. R. (2001). Er konkurranse i helsesektoren en god idé? I J.E.Askildsen & K. Haug (red.), *Helse, økonomi og politikk : utfordringer for det norske helsevesenet* (s. 237-267). Oslo: Cappelen Akademisk

Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work. The liturgy of the Clinic*. Cambridge: University Press.

Atkinson, R. L. (1993). *Introduction to psychology*. (11 utg.) Fort Worth, Tex: Harcourt Brace Jovanovich.

Becker, H. S. (1977). *Boys in white: student culture in medical school*. (2 utg.) New Brunswick, N.J.: Transaction Books.

Benestad, H. B. & Laake, P. (2005). *Forskning: metode og planlegging*. I H.B.Benestad & P. Laake (red.), *Forskningsmetode i medisin og biofag* (s. 83-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berg, O. & Hjortdal, P. (1994). *Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brinchmann-Hansen, Å. (2004). 50 år i år - lenge leve turnustjenesten? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124, 2110-2112.
- Bryman, A. (2006). *Mixed methods*. London: Sage.
- Buchanan, D. R. (1992). An Uneasy Alliance: Combining Qualitative and Quantitative Research Methods. *Health Education & Behavior*, 19, 117-135.
- Burawoy, M. (1991). *Ethnography unbound: power and resistance in the modern metropolis*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Callero, P. L. (1994). From Role-Playing to Role-Using: Understanding Role as Resource. *Social Psychology Quarterly*, 57, 228-243.
- Chriss, J. J. (1995). Habermas, Goffman, and Communicative Action - Implications for Professional Practice. *American Sociological Review*, 60, 545-565.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation. Design & Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Coser, R. L. (1991). *In Defence of Modernity. Role Complexity and Individual Autonomy*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Coser, R. L. (1979). *Training in ambiguity: learning through doing in a mental hospital*. New York: Free Press.
- Coser, R. L. (1966). Role Distance, Sociological Ambivalence, and Transitional Status Systems. *The American Journal of Sociology*, 72, 173-187.

Deketelaere, A., Kelchtermans, G., Stuyf, E., & De Leyn, P. 2006, Disentangling clinical learning experiences: an exploratory study in the dynamic tensions in internship. *Medical education*, vol. 40, 908-915.

Dreier, O. (1999). Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster. I K. Nielsen & S. Kvale (red.), *Mesterlære. Læring som social praksis* København: Hans Reizels forlag.

Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1998). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.

Dysthe, O. (1996). Ulike perspektiv på læring og læringsforskning: Innleiing. I O.Dysthe (red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag.

Ebbing, M. & Taraldset, A. (2000). Turnustjenestens fremtid - tallenes tale. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 10, 120.

Eika, B. & Wichman-Hansen, G. (2004). Læring i praktik. "I må cirkulere rundt og koble jer på". *Nordisk Pedagogik*, 4, 306-319.

Elle, B. (2000). Situert læring - nogle udfordringer. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift*, 48, 11-30.

Engelstad, F. (1985). Finnes det en kvantitativ og en kvalitativ forskningsmetode? In B.Dale, M. Jones, & W. Martiniussen (red.), *Metode på tvers. Samfunnsvitenskapelige forskningsstrategier som kombinerer metoder og analysenivåer* (s. 7-38). Trondheim: Tapir.

Eriksson, N. (2005). *Friska vindar i sjukvården: stöd og hinder vid förändringar i professionella organisationer*. PhD Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan, Göteborg.

Falck, G; Brattebø, G; Aarseth, O. (1995). Er turnuskandidatenes opplæring i praktiske prosedyrer god nok? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 115, 2091-1095.

Falck, G.; Brattebø, G.; Brinchmann-Hansen, Å.; Ebbing, M. (2003). Selvrapportert ferdighetsnivå i praktiske prosedyrer etter turnustjeneste i distrikt. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 123, 2265-2267.

Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Foucault, M. (2003). *The birth of the Clinic: an Archeology of Medical Perception*. London: Routledge.

Fox, R. C. (1957). Training for uncertainty. I R.K.Merton, G. G. Reader, & P. L. Kendall (red.), *The Student-Physician* (s. 207-241). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Fugelli, P. (1996). Modern Times - the Socio-Cultural Shaping of Doctors and Patients. In Ø.Larsen & B. O. Olsen (red.), *The Shaping of a Profession - Physicians in Norway, Past and Present* (s. 519-533). USA: Science History Publications.

Gaarder K; Eide, N.; Falck, G. (2000). Turnuslegers ferdigheter i praktiske prosedyrer. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 1512-1517.

Gabrielsen, B. (2007). Hos legen. I R.R.Bore (Red.), *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år* Oslo: SSB.

Gerring, J. (2004). What is a Case Study and what is it Good for? *The American Political Science Review*, 98, 341-354.

Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet under sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag.

Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, N.Y.: Doubleday.

Gulbrandsen, A. (1996). Utgangspunktet er praksis - hva ellers? I O.Dysthe (red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* (s. 174-197). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Gulbrandsen, A. & Johannessen, K. S. (2005). *Om Universitetsutdanning - som forberedelse for yrkesutøvelse*. Notat fra ”Skapende yrkesutøvelse. Helhetlig læring i et fremtidsperspektiv.”, NTNU.

Habermas, J.(1984). *The Theory of Communicative Action*. London: Heinemann

Helstrup, T. (1996). Oversikt over ulike retninger innen læring og læringsforskning, med vekt på kognitiv psykologi. I O.Dysthe (Red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* (s. 22). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

HOD 2001-12-20 nr 1549: *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege* (www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20011220-1549.html)

Holmwood, J. (2005). Functionalism and its Critics. I A.Harrington (red.), *Modern Social Theory: an introduction*, (pp. 87-109). Oxford: Oxford University Press.

Huntington, M. J. (1957). The development of a Professional Self-Image. I R.K.Merton, G. G. Reader, & Kendall.Patricia L. (red.), *The student physician* (s. 179-188). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Iversen, J. G. & Holm, S. (2005). Vitenskapsteori. I H.B.Benestad & P. Laake (red.), *Forskningsmetode i medisin og biofag* (2 utg., s. 27-55). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karolinska Institutet. (2008). AT-provet. (www.ki.se)

Kittelsen, S. A. C., Piro, F. N., & Magnussen, J. (2002). *Hva betyr forskning, utdanning og reisetid for sykehusenes kostnader?* (HERO rapport. nr. 18). UiO.

Kivle, B. (2004). *Innsatsstyrt finansiering i sykehus - en kvalitativ studie av sykehuslegers erfaringer med Innsatsstyrt finansiering i sitt arbeid*. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Kivle, B. M. T. (2008). Å lære og å praktisere i sykehus - turnuslegen som student og lege. *Sosiologisk tidsskrift*, 16, 107-126.

Korsnes, O., Andersen, H., & Brante, T. (1997). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Larsen, Ø. (2002). *Legestudent i hovedstaden - medisin på stadig nye måter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lauvås, P. & Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Light, D. W. (1988). Toward a New Sociology of Medical Education. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 307-322.
- Lund, T. (2005). The Qualitative-Quantitative Distinction: Some Comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49, 115-132.
- Lynch, M. (1995). Review: The Idylls of the Academy. *Social Studies of Science*, 25, 582-600.
- Måseide, P. (1990). The Social Construction of Research Information. *Acta Sociologica*, 33, 3-13.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self & society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merton, R. K., Reader, G. G., & Kendall, P. L. (1957). *The Student-physician : introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Mordal, T. L. (1989). *Som man spør, får man svar*. Stavanger: Aase Grafiske AS.
- NESH. (2008). Forskningsetiske retningslinjer (www.etikkom.no/retningslinjer)

- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norušis, M. N. (2008). Ordinal Regression. I *SPSS 16.0 Advanced Statistical Procedures Companion* (pp. 69-89). New Jersey: Prentice Hall.
- Nyborg, G. (1996). Preparing for the Inevitable Crisis? Medical Students After the 1970s. In Ø.Larsen (Ed.), *The shaping of a Profession - Physicians in Norway, Past and Present* (pp. 399-405). USA: Science History Publications.
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Østerud, S. (2004). *Utdanning for informasjonssamfunnet: den tredje vei*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Parbhoo, A. V. (2007). Applying for Pre-registration House Officer Posts. In *What They Didn't Teach You at medical School* (s. 5-11). London: Springer.
- Parsons, T. (1967). *Sociological theory and modern society*. New York: The Free Press.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. (3 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Rommetveit, R. (1996). Læring gjennom dialog. Ei sosiokulturell og sosiokognitiv tilnærming til kunnskap og læring. I O.Dysthe (red.), *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* (pp. 88-103). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.

Schou, P. (2008). Kø, krise og kostnadskutt. *Aftenposten*.

Sinclair, S. (1997). *Making doctors. An Institutional Apprenticeship*. New York: Oxford International Publishers Ltd.

Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*. Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Turnustjenesten for leger - en helhetlig gjennomgang* (Utredning mars 2008).

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Behov for endringer i turnustjenesten for leger?* (Rapport nr. 1).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Turnustjenesten for leger* Rundskriv IS-9/2005

Stålsett, U. (2006). *Veiledning i en lærende organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

The UK Foundation Programme Office (2007). *Rough Guide to The foundation Programme* (Rep. No. 1).

Thorsen, O. (2005). Turnusrådet i Finmark. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 125.

Tjerbo, T. (2008). *A multileveled perspective on healthcare-reforms in Norway*. Dissertation. Institute of Health Economics and Health Management, University of Oslo.

- Tufts, P. A. (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon* (Rapport nr. 8).
Nydalen, Oslo: SIFO.
- Tunold, O. (2007). Turnustjeneste er både læring og arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen*,
127, 2118-2120.
- Turnusrådet (2005). *Veileder for turnus i sykehus* Legeforeningen.
- Turnusrådet (2006). *Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger* Oslo: Den
norske Lægeforening.
- Turnusrådet (2007). *Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger i sykehus* Oslo:
Den norske Lægeforening.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, O. (2000). The impact of job
stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A
nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*, 34, 374-384.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, Ø. (2005). The relative
importance of individual and organizational factors for the prevention of job stress during
internship: a nationwide and prospective study. *Medical Teacher*, 27, 726-731.
- Vik T. (2007). Turnustjenesten står for fall. *Aftenposten*.
- Wackerhausen, S. (1999). Det skolastiske paradigmet og mesterlære. I *Mesterlære -
læring som sosial praksis* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Wadel, C. (2002). *Læring i lærende organisasjoner*. Flekkefjord: SEEK
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert
samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Weber, M. & Fivelsdal, E. (2000). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. (3 utg.) Oslo: Gyldendal.

Wenger, E. (2004). *Praksis fællesskaber*. København: Hans Reitzels forlag.

Willmott, H. (2003). Organization Theory as a Critical Science? Forms of Analysis and 'New Organizational Forms'. I H.Tsoukas & C. Knudsen (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Theory* (pp. 88-112). New York: Oxford University Press.

Errataliste

Endringer gjort etter innsigelser på side 6 i komiteens innstilling:

- s. 1 Endring i innholdsfortegnelse: Erstattet: ” Artikkel 3 ”Aktivitetsbasert belønning for utdanningsvirksomhet i sykehus
med: ” Artikkel 3 ”Formal and informal Learning in Medicine. Another plea for equilibrium”
- s.3 Oversikt over artiklene er flyttet av estetiske hensyn til side 5 slik at slutten på sammendraget ikke kommer på samme side. Sidetallene er dermed forskjøvet gjennom avhandlingen.

Vedlegg 1

Informert samtykke

I forbindelse med doktorgradsprosjektet "Turnuslegen og det profesjonelle fellesskapet", ønsker stipendiat Benedicte T. Kivle å utføre en observasjonsundersøkelse på deres avdeling. Hun vil snakke med turnuslegene, følge dem i arbeidet og se på hvordan det er lagt opp for læring og utvikling for turnuslegene ved avdelingen. Hun vil også ønske å snakke med andre ansatte.

Formålet med prosjektet er å gjøre en kartlegging av hvordan turnustjenesten for leger i sykehus fungerer, og hvilke pedagogiske virkemidler som blir tatt i bruk. Ved å gjøre en innledende studie ved to sykehus, vil Kivle ønske å få en bred og dypere forståelse av hvordan turnuslegenes hverdag ser ut i sykehusene. Informasjonen som innhentes vil bli brukt i en større nasjonal spørreskjemaundersøkelse på et senere tidspunkt.

Prosjektet er finansiert av Helse Øst, gjennom Bærum sykehus, og vil vare fra oktober 2004 til juni 2008.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og det er fullt tillatt å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi grunn.

Stipendiaten er underlagt taushetsplikt, og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysninger som kommer frem i sluttrapporten eller artikler, vil ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Hvis du har lest det som står over, og samtykker i å være med i denne undersøkelsen, bes du om å skrive under nedenfor:

Jeg har lest de ovenstående betingelser, og godtar at Benedicte Maria Tveter Kivle vil gjøre observasjon og intervjuer omkring mitt arbeid og min arbeidssituasjon ved sykehuset.

.....
Dato, sted

.....
Underskrift turnsulege

Vedlegg 2

Vedlegg 2 Intervjuguide (2 sider)

Spørsmål til turnusleger midtveis og ved slutten av sykehuspraksis

Generelt:

1. Hvorfor valgte du XXX sykehus som turnusplass?

Miljøet:

2. Hvordan var miljøet ved avdelingene? Ble du inkludert i samtaler blant andre arbeidsgrupper, og blant legene?
3. Hvordan var miljøet blant turnuslegene?
4. Hvordan var det å komme som ny på avdelingen?

Undervisning og veiledning:

5. Hvordan foregikk undervisningen ved kirurgisk / medisinsk avd.?
6. Hva er din erfaring med veiledning på kirurgisk avdeling?
Og på medisinsk avdeling?
7. Fikk du den oppfølgingen du behøvde?
8. Føler du deg trygg på at du har lært de ferdighetene du behøver for å jobbe som assistentlege ved sykehus senere?
9. Kjenner du deg trygg i rollen som lege overfor andre leger, andre arbeidsgrupper og overfor pasientene?
10. Hvordan har du opplevd det å ta store avgjørelser i løpet av kort tid?
11. Følte du noen gang at du fikk for mye ansvar i forhold til hva du hadde kompetanse til?
12. Er det noe fra tiden på XXX som du tenker burde vært annerledes?
13. Er det noen episoder som av en eller annen grunn har brent seg fast hos deg fra tiden på XXX?
14. Har du noen tanker om hva som kunne gjort turnustiden på sykehus mer lærende og som kunne gitt deg større utbytte?

Spørsmål til nye turnusleger:

Hvilket universitet kommer du fra?

Hva er grunnen til at du har valgt XXX SYKEHUS?

Hva har du hørt om XXX sykehus fra andre?

Hva slags forventninger har du til turnustiden på sykehus?

Hva slags opplæring ser du for deg?

Hva slags ansvar tror du at du vil få?

Hva slags kontroll og evaluering av arbeidet ditt forventer du vil finne sted?

Er det noe du spesielt gleder deg til?

Er det noe du gruer deg til?

Har du fått den informasjonen du behøver før du skal begynne?

Vedlegg 3

En undersøkelse utført av
Benedicte M. T. Kivle
Sosiolog og forskningsstipendiat
Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089, Blindern
0317 Oslo
Tlf: 23 07 53 00
Fax: 23 07 53 10
www.med.uio.no/heled

Identitetsnummer:

--	--	--	--	--

Fødselsår respondent:

--	--	--

Kjønn respondent (K/M):

--	--



PRAKTISK LÆRING og PROFESJONSTILKNYTNING

Spørreundersøkelse blant turnusleger i avsluttende fase av sykehustjenesten februar 2006

Denne spørreundersøkelsen er siste del i et todelt doktorgradsprosjekt omkring turnuslegenes faglige og personlige utvikling i løpet av året i sykehuspraksis. Første del av prosjektet bestod av kvalitative intervjuer og observasjoner av turnusleger ved ett sykehus. Jeg ønsker nå å se på hvor utbredt en del fenomener jeg fant i løpet av den første fasen er blant turnusleger ved sykehus i landet som helhet. Målet er å finne ut hvor stor innvirkning ulike forhold har på **turnuslegenes opplevelse av faglig og personlig utvikling som leger i løpet av året i sykehuspraksis**. Forskningsprosjektet er **finansiert av Helse Øst**.

Det er avgjørende for et troverdig forskningsresultat at flest mulig som har mottatt dette skjemaet fyller det ut og returnerer det i utfylt stand ved hjelp av svarkonvolutt som følger med dette brevet. Svarene vil bidra til å kartlegge turnuslegenes vilkår og kan forhåpentligvis **være med på å bedre situasjonen for fremtidige turnusleger**. Men det er selvfølgelig frivillig å delta i undersøkelsen.

Hvert spørreskjema blir nummerert med et id-nummer. Det gjør det mulig å identifisere sykehustilknytning og institusjonelle forhold omkring hvert spørreskjema. **All informasjon vil bli behandlet konfidensielt**. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS, Personvernombud for forskning. Ved å svare på og returnere skjemaet, samtykker du i at opplysningene blir brukt i forskningsprosjektet beskrevet ovenfor. Det er fullt mulig å trekke seg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt før prosjektslutt, og få alle opplysninger om seg selv slettet dersom ønskelig. **Datamaterialet vil anonymiseres senest ved prosjektslutt**. Prosjektslutt dato/ dato for anonymisering er planlagt til 30.06.2008.

Utgangspunkt og forutsetninger

Hvilken klinikk/avdeling har du praksis ved dette semesteret/ siste semester ved sykehuset?

Medisin ☐ Kirurgi/Ortopedi ☐ Psykiatri ☐

Hvilke deler av sykehusvirksomheten inngår i turnustjenesten ved ditt sykehus?

Sett kryss for alle alternativ som passer

Medisin ☐ Kirurgi/Ortopedi ☐ Kvinneklipp ☐

Psykiatri ☐ Annet ☐

Hva er ditt morsmål?

Norsk ☐ Svensk/Dansk ☐

Annet ☐

Ved hvilket universitet tok du medisinerutdannelsen din?

Bergen ☐ Oslo ☐ Trondheim ☐

Tromsø ☐ Utenlandsk universitet ☐

Hvilken læringsmodell ble du undervist under?

PBL(Problembasert læring) ☐

Tradisjonell teoribasert modell ☐

Annen modell ☐

Hvor mange års utdanning på høyskole/universitetsnivå har du ved siden av Cand. Med.-graden?

Sett ett kryss

Ingen ☐

Ett til tre år ☐

Fire år(Bachelorgrad) ☐

Fem år (Mastergrad) ☐

Seks år eller mer ☐

Hvilke sider ved legeyrket verdsetter du høyest?

Sett 1 for det alternativet du verdsetter høyest, 2 for den neste osv.

Hvis to eller flere av sidene tiltrekker deg like mye, gi dem samme verdi, f.eks. 1

De analytisk/intellektuelle ☐

De teknisk problemløsende ☐

De mellommenneskelige ☐

Andre ☐

Hvilken del av sykehuspraksisen har du trivdes best med?

Sett prioriteringen 1-4, evt. minus hvis det er deler du ikke har vært innom.

Medisin ☐ Kirurgi(bløt) ☐ Ortopedi ☐ Psykiatri ☐

Mottagelse og informasjon

Hvor mye praktisk informasjon fikk du første dag ved den siste klinikken/avdelingen du var på?

Sett kryss for alle relevante alternativ

Ingen ☐ Skriftlig informasjon ☐ Omvisning ☐

Muntlig orientering ☐

Hvor mange timer med formell opplæring og undervisning spesielt for turnuslegene deltok du på de første to ukene ved den nåværende klinikken/avdelingen evt siste klinikken/avdelingen du var på?

Sett ett kryss

Ingen ☐

En til fem timer ☐

Seks eller flere timer ☐

Hvor ofte har du fått formell undervisning for turnusleger etter den første måneden?

Sett ett kryss

Ingen ☐

Sjeldnere enn en time i måneden ☐

Sjeldnere enn en time i uka og ☐

inntil en time i måneden

En time i uka eller oftere ☐

Hvor mange timer er avsatt til faglig fordypning, det vil si tid du kan benytte til lesning eller annen opplæring, for deg i løpet av dette semesteret, evt siste semester?

Sett ett kryss

Ingen ☐

Mindre enn en time i måneden ☐

En til fem timer i måneden ☐

Syv timer eller mer i måneden ☐

Hvor mange av fordypningstimen dine er blitt benyttet til annet arbeid enn fordypning?

Sett ett kryss. Kryss av for "alle" hvis du ikke har hatt noen fordypningstimer.

Ingen ☐

Et fåtall ☐

De fleste ☐

Alle ☐

Turnuslegens posisjon og rolle

Noen steder har turnuslegene en funksjon som behandlere på linje med assistentleger, mens de andre steder kommer inn som ekstra assistanse ved siden av de andre legene.

I hvilken grad oppfatter du at turnuslegene fungerer som selvstendige behandlere ved ditt sykehus?

Sett ett kryss

- Ikke i det hele tatt* ☐
Av og til, som ved underbemanning/utenom vanlig arbeidstid ☐
I stor grad/alltid ☐

Hvor ofte har du gått nattevakter alene? Det vil si uten bakvakt tilstede på sykehuset?

Sett ett kryss

- Ikke i det hele tatt* ☐
Noen ganger, som ved underbemanning/utenom vanlig arbeidstid ☐
Som en del av vaktlisten ☐

Hvor mange ganger i løpet av siste semesteret har du fulgt en overordnet lege som går visitt på post?

Sett ett kryss

- Aldri* ☐
En til to ganger ☐
Tre til ti ganger ☐
Elleve ganger eller mer ☐

Hva slags forventninger møter du hos overleger når det gjelder arbeidet du skal utføre?

Sett ett kryss

- De har lave forventninger til meg, jeg får små utfordringer* ☐
Forventningene er moderate, jeg får moderate utfordringer ☐
Forventningene er høye, jeg får store utfordringer ☐

Hvordan passer nivået på forventningene til dine forutsetninger?

Sett ett kryss

- Forventningene er for lave, jeg får ikke nok utfordringer* ☐
Forventningene er passe, jeg får akkurat passe med utfordringer ☐
Forventningene er for store, jeg får for store utfordringer i forhold til mine forutsetninger ☐

Har du opplevd situasjoner der du har måttet ta ansvaret for pasienter du ikke hadde forutsetninger for å kunne gi den optimale behandling på stedet?

Sett ett kryss

- Nei, aldri* ☐
Ja, en til to ganger ☐
Ja, tre ganger eller mer ☐

I hvor stor grad opplever du at du som nyutdannet lege får bidra med ny og oppdatert kunnskap overfor de andre legene i avdelingen/på klinikken?

Sett ett kryss

- Ikke i det hele tatt* ☐
I liten grad ☐
I en viss grad ☐
I stor grad ☐

Læringsutbytte

Praktiske ferdigheter

I hvilken grad opplever du at du har utviklet dine praktiske ferdigheter gjennom turnustiden ved sykehuset?

Sett kryss ved det tallet som passer for hver variabel.

- 1: Ingen grad
2: Liten grad
3: Verken stor eller liten grad
4: Stor grad
5: Meget stor grad

Ferdigheter	1	2	3	4	5
Beherskelse av de viktigste ordinære diagnostiske prosedyrene					
Beherskelse av de viktigste ordinære indremedisinske terapeutiske prosedyrene					
Beherskelse av livreddende prosedyrer					
Beherskelse av de enkleste kirurgiske prosedyrene					
Beherskelse av alminnelige prosedyrer innen gynekologi og obstetikk					
Beherskelse av de alminnelige prosedyrer innen pediatri					
Beherskelse av den kliniske undersøkelsen					
Beherskelse av rutiner for visitt					

Hvor tilfreds/utilfreds er du med det faglige utbyttet av sykehuspraksisen?

Sett ett kryss

- Svært utilfreds* ☐
Utilfreds ☐
Verken tilfreds eller utilfreds ☐
Tilfreds ☐
Svært tilfreds ☐

Praktiske og sosiale evner

I hvor stor grad opplever du at du har utviklet de følgende evner i løpet av tiden som turnuslege?

Sett ett kryss ved det tallet som passer for hver variabel.

1: Ingen grad

2: Liten grad

3: Verken stor eller liten grad

4: Stor grad

5: Meget stor grad

	1	2	3	4	5
Evnen til å gi gode rapporter på morgenmøter					
Evnen til å ta avgjørelser i pressede situasjoner					
Evnen til å samarbeide og kommunisere med kollegaer					
Evnen til å løse konflikter mellom deg selv og kollegaer					
Evnen til å gjennomføre gode samtaler alene med pasienter					
Evnen til å takle sinte eller misfornøyde pasienter					
Evnen til å takle kritikk fra annet helsepersonell					

Hvor fornøyd/misfornøyd er du med din egen personlige utvikling som lege det siste året, sett i sammenheng med evnene nevnt ovenfor?

Sett ett kryss

Svært misfornøyd ☐

Misfornøyd ☐

Verken fornøyd eller misfornøyd ☐

Fornøyd ☐

Svært fornøyd ☐

Etter ett års praksis i sykehus, ønsker vi å vite hvordan du oppfatter legenes rolle i sykehus

I hvor stor grad vil du si at legerollen preges av:

Sett ett kryss på skalaen fra en til fem for hver variabel som nevnes nedenfor

1: Ingen grad

2: Liten grad

3: En viss grad

4: I stor grad

5: I meget stor grad

	1	2	3	4	5
Medmenneskelighet					
Beslutningsansvar					
Krav til dokumentasjon av arbeidet					
Teknologibruk					
Faglige ambisjoner					
Kollegial konkurranse					
Arroganse					
Ydmykhet					
Aumakt					
Beslutningsmyndighet					
Fokus på egen inntekt					

Økonomi og ressursbruk

Sett ett kryss for hvert av de følgende spørsmål:

I hvilken grad har du fått innføring i generelle sykehusøkonomiske spørsmål i praksistiden?

Ingen grad	Liten grad	I en viss grad	Stor grad	Veldig stor grad
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

I hvilken grad har du fått innføring i hvilke økonomiske konsekvenser medisinske beslutninger kan ha?

Ingen grad	Liten grad	I en viss grad	Stor grad	Veldig stor grad
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

I hvilken grad har du fått innføring i DRG-systemet og hvordan du skal kode ulike diagnoser?

Ingen grad	Liten grad	I en viss grad	Stor grad	Veldig stor grad
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

I hvilken grad preger økonomi og ressurstenkning deg i det kliniske arbeidet?

Ingen grad	Liten grad	I en viss grad	Stor grad	Veldig stor grad
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hvor ofte er den økonomiske ressursbruken ved avelingen/seksjonen et tema på morgenmøter?

Sett ett kryss

Aldri ☐

Sjelden ☐

Av og til ☐

Ofte ☐

Svært ofte ☐

Læringskurve

Hvor mye lærte du av faglige og andre ferdigheter i de ulike periodene av praksisåret i sykehus?

Vi deler året i seks perioder, altså to og to måneder. Sett en verdi fra en til syv for hvor mye nytt du lærte i løpet av hver periode. 1 indikerer ingen ny læring 7 indikerer maksimalt læringsutbytte.

	1	2	3	4	5	6	7
Februar/Mars 05							
April/mai 05							
Juni/Juli 05							
August/September 05							
Oktober/November 05							
Desember 05/Januar 06							

Arenaer for læring

Hvor mange ganger har du utført eller deltatt i følgende oppgaver/funksjoner det siste semesteret (august til februar)?

Sett kryss for det tallet som passer best.

0: Aldri

1: En gang i blant, fra 1 til 19 ganger

2: Daglig i perioder, fra 20 til 59 ganger

3: Daglig i perioder, fra 60 til 99 ganger

4: Nesten daglig/daglig, over 100 ganger

	0	1	2	3	4
Journalskriving i mottak					
Deltagelse på legevisitter					
Gå vakter i akuttmottak					
Deltagelse på morgenmøter					
Deltagelse på røntgenmøter					
Deltagelse på tverrfaglige møter					
Deltagelse ved kirurgiske inngrep/operasjoner					

Hvor stort læringsutbytte opplever du at de følgende oppgaver/funksjoner har gitt deg?

Sett kryss ved tallet 0-4 for hvor stort utbytte de ulike situasjonene har gitt deg.

0: Intet utbytte,

1: Lite utbytte

2: Middels utbytte

3: Stort utbytte

4: Svært stort utbytte.

Svarte du 0 på noen av momentene under forrige spørsmål skal du ikke sette kryss for denne variabelen her.

	0	1	2	3	4
Journalskriving i mottak					
Deltagelse på legevisitter					
Gå vakter i akuttmottak					
Deltagelse på morgenmøter					
Deltagelse på røntgenmøter					
Deltagelse på tverrfaglige møter					
Deltagelse ved kirurgiske inngrep/operasjoner					

Veiledning og hjelp til utvikling

Har du en formelt oppnevnt veileder ved den klinikken/avdelingen du har praksis ved nå/hadde praksis ved sist?

Ja ☐

Nei ☐

Hvis ja, hvor mange møter har du hatt med veileder i løpet av tiden ved klinikken/avdelingen?

0 ☐

1-2 ☐

3-5 ☐

over 6 ☐

Hvor involvert har sykepleiere, veileder og andre overordnede vært i din opplæring i ulike oppgaver?

Sett kryss for det tallet som passer best.

1: Ikke involvert

2: Involvert i svært liten grad

3: Involvert til en viss grad

4: Involvert i stor grad

5: Involvert i svært stor grad

Veileder:

Sett kryss her bare hvis du har hatt veileder

	1	2	3	4	5
De diagnostiske prosedyrene					
De kirurgiske prosedyrer					
De indremedisinske terapeutiske prosedyrene					
Undersøkelsesrutiner					
Rapporteringer på morgenmøter					

Andre overordnede:

	1	2	3	4	5
De diagnostiske prosedyrene					
De kirurgiske prosedyrer					
De indremedisinske terapeutiske prosedyrene					
Undersøkelse rutiner					
Rapporteringer på morgenmøter					

Sykepleiere:

	1	2	3	4	5
De diagnostiske prosedyrene					
De kirurgiske prosedyrer					
De indremedisinske terapeutiske prosedyrene					
Undersøkelsesrutiner					
Rapporteringer på morgenmøter					

Samarbeid og tverrfaglighet

Hvilken enhet forholder/forholdt du deg mest til det siste semesteret ved sykehuset?

Sett ett kryss

En sengepost ☐

Akuttmottaket, kirurgisk del ☐

Akuttmottaket, medisinsk del ☐

Kirurgisk poliklinikk ☐

Medisinsk poliklinikk ☐

Psykiatrisk avdeling ☐

Psykiatrisk poliklinikk ☐

Andre: _____ ☐

Svar på de 5 følgende spørsmålene med utgangspunkt i den enheten du har kryssset av for i forrige spørsmål

Hvor godt opplever du at enheten du jobber/jobbet mest ved siste semesteret oppfyller kjennetegnene nevnt i variablene nedenfor.

Sett ett kryss på en skala fra 1 til 5 for hver variabel.

1: Oppfyller ikke

2: Oppfyller i liten grad

3: Oppfyller i en viss grad

4: Oppfyller i stor grad

5: Oppfyller helt

	1	2	3	4	5
Fornøyde pasienter					
Høy faglig kvalitet på arbeidet					
God fagutvikling					
Godt rykte					
Positivt og godt motivert personale					
Effektiv virksomhet					
Godt samarbeid med andre enheter ved sykehuset					
Godt samarbeid mellom legene og andre yrkesgrupper ved klinikken /avdelingen					

Hva slags fagbakgrunn har lederen ved enheten du jobber ved/ jobbet ved sist?

Sett ett kryss

Lege ☐ Sykepleier ☐

Person med annen utdannelse ☐

Hvor dårlig/god synes du kommunikasjonen mellom denne lederen og legene (for øvrig) er under fellesmøter?

Sett ett kryss

Svært dårlig ☐ Dårlig ☐ Grei ☐

God ☐ Svært god ☐ Vet ikke ☐

I den perioden du har vært ved enheten, hvor ofte har det vært arrangert sosiale sammenkomster for de ansatte?

Sett ett kryss

Aldri ☐ 1-2 ganger ☐

3 eller flere ganger ☐ Vet ikke ☐

Hvor mange ganger har du deltatt på sosiale arrangementer ved enheten hvis det har vært arrangert noen?

Kryss av for aldri hvis det ikke har vært noen arrangementer.

Aldri ☐ 1-2 ganger ☐ 3 eller flere ganger ☐

Helhetsvurdering

Er du trygg på at du har tilegnet deg de ferdighetene du behøver for å jobbe som assistentlege ved sykehus nå?

Sett ett kryss

Nei, jeg føler meg ikke ☐

kompetent til å jobbe som assistentlege

Nei, jeg er usikker på om jeg ☐

har lært det jeg burde

Ja, jeg er ganske sikker på at ☐

jeg har lært det jeg burde

Ja, jeg er helt sikker på at jeg ☐

har lært det jeg trenger

for å jobbe som assistentlege

Kunne du tenke deg å jobbe igjen senere ved det sykehuset du har gjort turnustjeneste ved?

Sett ett kryss

Nei, overhode ikke ☐

Nei, antagelig ikke ☐

Ja, kanskje ☐

Ja, veldig gjerne ☐

Vet ikke ☐